

Tør vi spørre og tåler vi å lytte når temaet er selvmord?  
En studie av hjelperes kompetanse til å gi førstehjelp ved  
selvmordsfare

Anette Seierstad Skrindo  
VID vitenskapelige høyskole  
Oslo

Masteroppgave  
Master i sosialt arbeid

Antall ord: 25 552

Dato: 15.11.2017



## Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å finne ut om hjelpere som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare er i stand til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Oppgavens problemstilling er: «*Har hjelpere som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, kompetanse til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?*» Hjelperne som inkluderes i oppgaven representerer ulike faggrupper, som sosialarbeidere, sykepleiere, ungdomsarbeidere, vernepleiere og helsesøstre.

Dataene er samlet inn ved litteratursøk og ved å gjennomføre en spørreundersøkelse. Spørreskjemaet ble sendt til 500 personer. 283 av disse responderte. Det innebærer en svarprosent på 57. Av de 283 respondentene har 146 deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. De resterende 137, som utgjør kontrollgruppa, har ikke deltatt på kurset. Respondentene arbeider i hovedsak i førstelinjen i ti kommuner i Norge. Harry C. Triandis (1977) sin teori om mellommenneskelig atferd er brukt til å belyse data fra spørreundersøkelsen relatert til hjelpernes atferd.

Resultatet fra spørreundersøkelsen viser at så godt som alle hjelpere i utvalget har opplevd bekymring for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv. Hjelperne som har deltatt på førstehjelpskurset scorer signifikant høyere på en del holdnings- og kunnskapsvariabler. De har større bevissthet om sine egne holdninger til selvmord. Videre scorer de signifikant høyere på variabler som er knyttet til å fange opp faresignaler, stille direkte spørsmål om selvmordstanker lytte til historien om selvmordstankene og til å følge opp svaret på en måte som bidrar til at personen med selvmordstanker kan holde seg trygg her og nå. Resultatene viser at hjelpere som har deltatt på førstehjelpskurset har førstehjelpskompetanse, og at de bruker kompetansen i praksis. Resultatene viser også at flere hjelpere som ikke har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare gir førstehjelp ved selvmordsfare. De opplever imidlertid at de i liten grad har den kompetansen de trenger for å gi førstehjelp sammenlignet med hjelpere som har deltatt på kurset.

Funn i spørreundersøkelsen samsvarer i stor grad med funn i de utenlandske og nasjonale studiene som er inkludert i oppgaven.

## Summary

The purpose of this assignment is to develop knowledge about the competence of caregivers who have been trained in Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST. The thesis question is: «*Do caregivers who have been trained in ASIST have competence to spot and provide suicide first aid to people at risk of suicide?*». The caregivers, who are included in this study, are caregivers such as social workers, nurses, youth workers, social educators and health visitors.

Data is collected by a literature review, and by carrying out a survey. The survey was sent to 500 persons, among which 283 responded. Hence, the return rate ended at 57 percent. 146 of the respondents have been trained in ASIST. The other 137 respondents, have not been trained in ASIST. They constitute the control group in the survey. The sample mainly consists of primary caregivers from ten municipalities in Norway. The theory of interpersonal behaviour by Harry C. Triandis (1977) is used to try to understand survey data related to the helpers behaviour.

The results of the survey show that almost all the caregivers in the sample have worried about whether a person might be at risk of suicide. The caregivers who have attended ASIST have a significant higher score on several of the attitude and knowledge variables. They also have a significant higher score on the variable about awareness of their own attitudes towards suicide. The ASIST respondents have higher scores on variables concerning spotting warning signs, asking directly about thoughts of suicide, listening to the story about suicide, and following up in a way that makes the person at risk keep safe for now. The survey shows that caregivers who have attended ASIST have suicide first aid competence and that they are using it to provide suicide first aid. The survey also shows that many caregivers, although not having attended ASIST, provides suicide first aid as well. Their perception of having the needed competence to provide suicide first aid is severe lower than the ASIST respondents.

The findings from the survey to a large extent fit the results from other studies included in this assignment, both from abroad and from Norway.

## Takk

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært interessant og spennende. Til tider har det også vært nokså krevende, og jeg har fått god hjelp og støtte underveis.

Tusen takk til min veileder, Aleksandra Sæheim, for inspirasjon, tålmodighet og god veiledning.

Takk til VID for tilrettelegging gjennom hele prosessen med oppgaven.

Takk til mine gode kolleger i VIVAT selvmordsforebygging og LivingWorks som har bidratt med kunnskap, engasjement og raushet.

Takk til min nærmeste familie, Maria, Live, Hanna og Knut for støtte, utholdenhet og kjærlighet.

Takk til min mor Anne, for innspill og korrekturlesing.

Takk til kursarrangørene i kommunene for imøtekommenhet og hjelp med e-postadresser.

Men fremfor alt, tusen takk til respondentene som tok imot invitasjonen og deltok i spørreundersøkelsen.

Oslo, november 2017

Anette Seierstad Skrindo



## Innhold

1	Innledning.....	9
1.1	Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare (ASIST).....	12
1.2	Hva innebærer førstehjelp ved selvmordsfare.....	13
1.3	Eget ståsted og bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	18
1.4	Problemstilling.....	19
1.4.1	Begrepsavklaringer.....	19
1.5	Oppgavens videre oppbygning og avgrensing.....	20
2	Teori.....	21
2.1	Sosialpsykologiske teorier om holdninger og atferd.....	21
2.2	Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd.....	22
3	Metode.....	24
3.1	Litteratursøk.....	24
3.1.1	Metodekritikk.....	25
3.2	Kvantitativ spørreundersøkelse.....	25
3.2.1	Presentasjon av utvalget.....	26
3.2.2	Utvelgelsesprosessen.....	26
3.2.3	Utvikling av spørreskjema.....	27
3.2.4	Pilottest og distribusjon av spørreundersøkelsen.....	29
3.2.5	Databehandling og statistisk analyse.....	30
3.2.6	Forskningsetiske hensyn.....	31
3.2.7	Metodekritikk.....	32
3.2.8	Indre validitet.....	33
3.2.9	Ytre validitet og overførbarhet.....	34
3.2.10	Reliabilitet.....	35
4	Funn.....	37
4.1	Funn i litteratursøket.....	37
4.1.1	Funn i utenlandske studier.....	37
4.1.2	Funn i norske studier og evaluering.....	40
4.1.3	Oppsummering.....	42
4.2	Funn i spørreundersøkelsen og statistisk analyse.....	42
4.2.1	Presentasjon av bakgrunnsvariabler.....	43
4.2.2	Oppsummering av bakgrunnsvariablene.....	48

4.2.3	Funn som belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene .....	48
4.2.4	Hjelpenes holdninger og kunnskap .....	48
4.2.5	Hjelpenes bevissthet om egne holdninger.....	55
4.2.6	Tematikkens aktualitet og hjelpenes årvåkenhet .....	56
4.2.7	Hjelpenes handlingskompetanse etter bekreftede selvmordstanker .....	66
4.2.8	Hjelpenes opplevelse av førstehjelpskompetanse .....	69
4.2.9	Oppsummering .....	70
5	Diskusjon.....	71
5.1	Om holdninger, kunnskap og myter om selvmord.....	71
5.2	Hjelperens bevissthet om egne holdninger.....	74
5.3	Årvåken for faresignaler.....	76
5.4	Å spørre om selvmordstanker .....	78
5.4.1	Triandis sin teori som forklaringsmodell .....	79
5.5	Hvis svaret er ja, hva da? .....	83
5.6	En kompetent førstehjelper .....	87
5.7	Styrker og svakheter ved studien .....	90
6	Oppsummering og konklusjon .....	91
7	Litteratur.....	93
	Vedlegg 1: Meldeskjema til NSD .....	98
	Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD .....	103
	Vedlegg 3: Brev i e-post til kommunenes kontaktpersoner. ....	106
	Vedlegg 4: Spørreskjemaet .....	107
	Vedlegg 5: Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt.....	117



# 1 Innledning

«I'm going to walk to the bridge. If one person smiles at me on the way, I will not jump». Setningen stod skrevet i selvmordsbrevet til en ung mann som hoppet fra Golden Gate Bridge i San Fransisco på 1970-tallet (Friend, 2003). Den bærer i seg et håp om å bli sett og å leve. Mannen hoppet – og døde.

Selv mord er et fenomen som har berørt mennesker til alle tider, i alle land og kulturer. Det rammer både gamle, middelaldrende og unge i alle sosiale lag av befolkningen. Selvmord har vært, og er for mange fremdeles, et tabubelagt fenomen forbundet med skam og stigma (WHO, 2017; Mehlum, 2014).

Flere har forsket på selvmord for bedre å forstå og forklare årsakene til at noen mennesker velger å ta sitt eget liv. Ulike forklaringsmodeller og perspektiver målbæres. Sosiologen Émile Durkheim (1858–1917) som utga verket «Le Suicide» i 1897, fikk stor betydning innen selvmordsforskningen. Durkheim mente at forklaringene på selvmord måtte finnes i samfunnet. Han var opptatt av at samhold eller mangel på samhold mellom mennesker har betydning. I hvilken grad mennesker opplever seg integrert i samfunnet og samfunnets regulering av normer og verdier virker inn på tilbøyeligheten til selvmord (Durkheim, 1897/2012). Sigmund Freud publiserte i 1917 teksten «Mourning and melancholia», hvor han betrakter selvmord som et psykologisk anliggende. I motsetning til Durkheim, tok han utgangspunkt i enkeltindividet og forsto selvmordet som et resultat av indre psykologiske prosesser. Det ubevisste i individet retter aggresjon innover mot personen selv framfor ut mot et ytre objekt (Freud, 1917). Psykologen Edwin Shneidman blir omtalt som den moderne suicidologiens grunnlegger (Leenaars, 2010). Han peker på sammenhengen mellom et menneskes opplevelse av å være i en uløselig krise, som frembringer en uutholdelig psykisk smerte, og selvmordet, som i situasjonen synes å være eneste løsning (Shneidman, 1996).

Gjennom de siste tiårene har flere forskere tilført nye perspektiver, forståelsesrammer og forklaringer på selvmord og hvordan selvmord kan forebygges. Det synes å være bred enighet om at årsakene til selvmord er sammensatte og komplekse. Beslutningen om å ta sitt eget liv kan blant annet påvirkes av sosiale, psykologiske og kulturelle faktorer. Forskere og fagmiljøer er enige om at selvmord kan forebygges, og at selvmordsforebyggende arbeid må

foregå både på samfunnsnivå og individnivå, globalt, nasjonalt og lokalt. (WHO, 2017; Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2017; Folkehelseinstituttet, 2015; Hjelmeland og Knizek, 2010; Dyregrov, 2008).

Det er mange som dør i selvmord. På verdensbasis dør det opp mot 800 000 mennesker i selvmord hvert år. Det er flere enn de som hvert år dør i krig og av drap tilsammen (WHO 2017). I Norge har antall selvmord ligget forholdsvis stabilt på mellom 500 og 600 per år de siste 10–15 årene. I 2015 ble det registrert 590 mennesker med dødsårsak selvmord; 400 var menn og 190 kvinner. Til sammenlikning var det samme år 90 menn og 32 kvinner som døde i trafikkulykker (Folkehelseinstituttet, 2017). For hvert menneske som dør er det omlag 7–15 som overlever selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 2017). Når et menneske dør i selvmord blir familie og venner berørt, men også andre i personens sosiale nettverk. Ofte blir de berørt på en voldsom måte (Helsedirektoratet 2011; Vråle, 2014). Forskere som har studert forekomsten av selvmordstanker i flere vestlige land, har funnet at omlag 5 prosent av den voksne befolkningen har selvmordstanker hvert år (Goldney et al., 2000; Casey et al., 2006). I Norge utgjør det omlag 260 000 mennesker i året. Dette viser at selvmord er et samfunnsproblem. Mange mennesker berøres hvert år, og selvmordsforebyggende strategier og tiltak må prioriteres for å redde liv.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har over flere år oppfordret land til å utarbeide nasjonale strategier og handlingsplaner mot selvmord.

A National strategy indicates a government's clear commitment to dealing with the issue of suicide. (...) Key elements in developing a national suicide prevention strategy are to make prevention a multisectoral priority that involves not only the health sector but also education, employment, social welfare, the judiciary and others (WHO, 2014).

WHO anbefaler å inkludere flere ulike selvmordsforebyggende tiltak i de nasjonale handlingsplanene. En anbefaling er å begrense tilgang til metoder for å ta sitt eget liv. Det innebærer blant annet å sørge for en strengere våpenkontroll, å redusere mengden gift i medikamenter, å selge medikamenter i mindre forpakninger og å sikre steder for utsprang, som høye bruer. Mediene har et særlig ansvar for å omtale selvmord på en ansvarlig måte som reduserer faren for smitteeffekt. Tilgang til psykisk helsehjelp og tidlig behandling av psykisk uhelse er et annet tiltak som kan forebygge selvmordsatferd. WHO fremhever at det er viktig

å satse på formidling av kunnskap og opplæring. Det gjelder både for spesialister og generalister; som lærere, sosialarbeidere, politi og andre som kan være i posisjon til å oppdage og gi hjelp til mennesker som står i fare for å ta sitt eget liv. Forebygging av selvmord må skje gjennom innsats fra samfunnet som helhet og kan ikke begrenses til å være en oppgave for helsevesenet alene (WHO, 2014).

«Gatekeepertraining», er den internasjonale betegnelsen for opplæring til dem som er i posisjon til å oppdage og gi den første hjelpen til mennesker i selvmordsfare (Isaac et al., 2009). Det er gjennomført to store internasjonale metastudier om effekten av ulike selvmordsforebyggende strategier og tiltak. Gatekeepertraining inkluderes i begge studiene. (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016, s. 7). Mann et al. (2005) konkluderer med at gatekeepertraining som selvmordsforebyggende tiltak synes å ha effekt, og tiltaket anbefales. Zalsman et al. (2016, s. 7) konkluderer med at gatekeepertraining har god effekt på deltakernes holdninger, kunnskap og ferdigheter. Samtidig påpekes det at det ikke foreligger randomiserte, kontrollerte studier som påviser at gatekeepertraining som enkeltstående tiltak fører til reduksjon i selvmordstallene. Zalsman et al. etterlyser mer forskning på effekten av slik opplæring.

I Norge ble den første handlingsplanen med tittelen «Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994 – 1998» ferdig i 1995. De sentrale satsingsområdene i planen var forskning på det selvmordsforebyggende feltet, samt kunnskapsformidling og kompetanseheving til spesialister og generalister (Statens helsetilsyn, 1995). I handlingsplanperioden ble det opprettet fem regionale kompetansesentre. I 1998 fikk kompetansesenteret i Nord-Norge mulighet til å teste ut kurset Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST. Utprøvingen av ASIST var vellykket, og i år 2000 ble organisasjonen VIVAT selvmordsforebygging opprettet (Silvola, Høifødt, Guttormsen og Burkeland, 2003). Ordet VIVAT er ikke en forkortelse, men kommer fra latin og betyr «måtte hun eller han leve!» (Glosbe, 2017). Organisasjonen forvalter og formidler kurset som i Norge har navnet Førstehjelp ved selvmordsfare. Fram til i dag har opp mot 40 000 mennesker over hele landet deltatt på kurset (VIVAT, 2017).

## 1.1 Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare (ASIST)

Kurset ASIST ble utviklet i Canada i provinsen Alberta i Calgary tidlig på 1980 tallet, som en del av provinsens selvmordsforebyggende strategi. Alberta hadde hatt økning i antall selvmord, og fagfolk i helse- og sosialtjenestene rapporterte om at det var vanskelig å nyttiggjøre seg den forskningsbaserte kunnskapen i praksisfeltet. De hadde behov for et praktisk-rettet opplæringsprogram (Ramsey, 2004).

Richard Ramsey, som jobbet som professor i sosialt arbeid ved Faculty of Social Work ved The University of Calgary, Bryan Tanney, doktor i medisin, Roger Tierney, rådgiver og senere doktor i læringspsykologi og Bill Lang, spesiallærer og siden doktor i psykologi, startet utviklingen av kurset (Ramsey og Ramsey, 2013). De ønsket å utvikle et standardisert kurs med innhold og design som kunne tilføre både formelle og uformelle hjelpere med ulik faglig bakgrunn, kompetanse til å oppdage og gi hjelp til mennesker i selvmordsfare. Det skulle være mulig å spre kurset til mange, og de ønsket å utvikle standarder for kvalitetskontroll som det var mulig å etterfølge (Ramsey, 2004). Grappa valgte å bruke Jack Rothmans «Model for Social research and development in the human services» (Rothman, 1980) i utviklingsprosessen (Ramsey, 1990).

Rothman var professor i sosialt arbeid ved The School of Social Work ved Universitetet i Michigan. Han var opptatt av å gjøre den teoretiske forskningsbaserte kunnskapen i sosialfagene mer anvendbar og relevant for praksisfeltet. Rothman hentet inspirasjon fra industriens innovasjonsprosesser. Tidlig på 1980-tallet utviklet han metoden og modellen som har til hensikt å omforme eksisterende forskningsbasert kunnskap til anvendbare intervensjonsprogrammer for sosial- og omsorgssektoren (Rothman, 1980).

Ramsey, Tanney, Tierney og Lang tok utgangspunkt i den forsknings- og erfaringsbaserte kunnskapen som var tilgjengelig på det selvmordsforebyggende feltet og gjorde seg kjent med eksisterende opplæringsprogrammer. De benyttet gruppas tverrfaglige kompetanse og hentet kunnskap fra Knowles prinsipper for voksenopplæring. Prinsippene handler blant annet om at kunnskap og erfaringer om selvmord som kursdeltakerne har med seg inn i kurset, anerkjennes. Hver deltaker sees som en ressurs som har noe å tilføre de andre kursdeltakerne (Knowles, 1980). Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd ble også brukt under

utviklingen av kurset. Teorien forklarer blant annet sammenhengen mellom holdninger og atferd.

Ramsey, Tanney, Tierney og Lang meislet ut sentrale elementer, som de omformet og inkluderte i et kurskonsept. Etter gjennomført pilottest ble kurset evaluert. Gruppen førte en åpen dialog med deltakerne, og sammen identifiserte de begrensninger, barrierer og utviklingspotensialer. Kurset ble modifisert og videreutviklet før kursmaterieell ble utarbeidet. Deretter ble kurset rullet ut i større skala for en mer omfattende testing i feltet (Ramsey, 1990).

Nye evalueringer ble samlet inn og justeringer foretatt før kurset ASIST kunne implementeres og spres videre ut (Ramsey, 1990). Fram til i dag har over en million mennesker verden over deltatt på kurset ASIST (Livingworks, 2017). Kurset evalueres systematisk og har gjennomgått flere revisjoner (Ramsey og Ramsey, 2013).

Målgruppen for kurset Førstehjelp ved selvmordsfare er den samme i Norge som i resten av verden; hjelpere med ulik faglig bakgrunn som møter selvmordsnære mennesker i sin jobb, samt frivillige og andre som i sine ulike roller kan komme i posisjon til å oppdage og hjelpe mennesker i selvmordsfare. Kurset er manualbasert og går over to påfølgende dager, 16 timer. Det ledes av kursledere som er utdannet av VIVAT selvmordsforebygging på egne kursleder-kurs (VIVAT, 2017).

Kurset gjennomføres i form av forelesninger, filmer, diskusjoner og erfaringsutveksling. Under kurset får deltakerne mulighet til å utforske sine egne holdninger til selvmord. Kurslederne formidler kunnskap om selvmordsatferd og viser en modell for intervensjon ved selvmordsfare. Det er satt av god tid til å øve på bruk av intervensjonsmodellen gjennom forskjellige øvelser og ved rollespill. Kurset er prosessorientert der deltakerne arbeider mye i smågrupper (VIVAT, 2017).

## **1.2 Hva innebærer førstehjelp ved selvmordsfare**

Begrepet førstehjelp er kjent for mange. Førstehjelp ved selvmordsfare kan være et mindre kjent begrep. For å styrke forståelsen av begrepet, slik det brukes under kurset Førstehjelp ved

selvmordsfare, kan det være hensiktsmessig å starte med å trekke en parallell til fysisk førstehjelp.

I det Store medisinske leksikon defineres (fysisk) førstehjelp som «omsorg og livreddende medisinske hjelpetiltak ved akutt sykdom eller skade gitt av mennesker i umiddelbar nærhet til den syke eller skadde, oftest legfolk» (Bolling, Haug, Sønderland, Opdal og Nordseth, 2017). Siden 1960 har opplæring i munn-til-munn-metoden og hjerte-lungeredning vært en obligatorisk del av grunnskoleopplæringen i Norge. Opplæring i fysisk førstehjelp gis også gjennom flere utdanninger og i arbeidslivet (NOU 2015:17, 2015). De aller fleste i Norge har dermed kjennskap til denne formen for førstehjelp. Fysisk førstehjelp innebærer å oppdage at en annen har behov for akutt hjelp, kontakte nødetatene og sjekke bevisstheten til den som er skadet. Skaden identifiseres og førstehjelperen igangsetter hensiktsmessige førstehjelpstiltak. Det kan være å frigjøre luftveier, utføre munn-til-munn-metoden og hjertekompresjoner eller å stanse blødninger ved å legg press på sårstedet. Fysisk førstehjelp innebærer en aktiv handling og gis fram til annen hjelp kommer. Førstehjelp er en potensiell livreddende kort-tidsintervensjon som mange har kunnskap om og ferdigheter til å utøve (Bolling et al., 2017).

Førstehjelp ved selvmordsfare er en annen form for førstehjelp men med samme mål: Å berge liv. Noen ganger kan selvmordsfaren være akutt. Andre ganger kan det handle om behov for å hjelpe mot en intens psykisk smerte som enda ikke er livstruende (Silvola, 2003). Denne førstehjelpen krever relasjonell kompetanse og skjer ved verbal intervensjon, ikke fysisk handling.

De fleste mennesker har vært i berøring med selvmordstematikken og har holdninger til temaet selvmord (Shneidman, 1996, s.7). Holdninger dannes på grunnlag av erfaringer, tanker og følelser (Hogg og Vaughan, 2014, s. 150–151). Holdningene en hjelper bærer med seg inn i en førstehjelpsintervensjon vil kunne påvirke intervensjonen både i positiv og negativ retning. Det er derfor viktig at hjelperen er bevisst de holdningene han eller hun har og er klar over sammenhengen mellom holdninger og utøvelse av førstehjelp ved selvmordsfare (Ramsey, 2004; Hjelmeland og Knizek, 2010). Jensen og Ullebergs beskriver refleksjon over holdninger slik: «(...) ved å reflektere over egne holdninger kan vi gå inn i en prosess der vi arbeider i retning av åpenhet og bekreftelse som vår viktigste tilnærming til andre menneskers historier» (Jensen og Ulleberg, 2012, s. 264). Mennesker med tanker om å ta sitt eget liv har

behov for å bli møtt med åpenhet og bekreftelse i førstehjelpen (Tallaksen og Lindmark, 2015).

På samme måte en utøver av fysisk førstehjelp må ha kunnskap om hvor mange innblåsing og hjertekompresjoner som gjelder, eller hvordan en blødning kan stoppes, må en hjelper som skal utøve førstehjelp ved selvmordsfare ha grunnleggende kunnskap om selvmord og selvmordsatferd. Førstehjelperen må kunne skille myter om selvmord fra sannhet (Mehlum, 2014, s. 132–136). Han eller hun trenger kunnskap om hvilke behov en selvmordsnær person ofte har og om hvilke oppgaver førstehjelperen kan utføre for å møte behovene (Lang et al., 2014).

Førstehjelp ved selvmordsfare handler om samhandling, relasjon og interaksjon.

Interaksjonen mellom hjelperen og personen med selvmordstanker kan hjelpe den selvmordsnære til å bevege seg fra å tenke selvmord som eneste løsning i sin situasjon, til et ønske om «safety for now». VIVAT har oversatt safety for now til uttrykket «trygg her og nå» (VIVAT, 2016). Denne bevegelsen fordrer en relasjon preget av anerkjennelse, respekt og omsorg (Tallaksen og Lindmark, 2013; Lang et al., 2014).

Forskning viser at kun et fåtall av de som senere utfører selvmordshandlinger har gitt klart uttrykk for selvmordstanker i forkant av handlingen (Shneidman, 1996, s. 51–56; Mehlum, 2014, s. 137). Samtidig viser forskningen at de fleste som har tanker om å ta sitt eget liv, sender ut faresignaler til omgivelsene om at noe er galt (Rasmussen, Dieserud, Dyregrov og Haavind, 2014; Shneidman, 1996, s. 55). Signalene kan være tydelige og direkte, men ofte er de vage og indirekte (Shneidman, 1996, s. 52; Mehlum, 2014, s. 137). Noen signaler kan det være mulig for en oppmerksom hjelper å se, som for eksempel å observere en endring i en persons væremåte. Noen signaler kan høres, som når en person snakker om at alt er håpløst, og at han eller hun ikke orker mer. Noen signaler kan fanges opp ved at hjelperen får kjennskap til livshendelser som har ført til tap og psykisk smerte for personen det gjelder. Hjelperen kan også intuitivt oppleve å bli bekymret uten at det er noe bestemt han eller hun kan sette fingeren på. Magefølelsen forteller at noe er galt (Lang et al., 2014; Shneidman, 1996, s. 51–53). Førstehjelp ved selvmordsfare handler om å være årvåken, gjenkjenne faresignaler, stoppe opp og sjekke ut hva signalene som vekker bekymring betyr. (Lang et al., 2014; Rasmussen et al., 2014; Rasmussen, Hjelmeland og Dieserud, 2017; Mehlum, 2014).

Mennesker som tenker på å avslutte livet kan oppleve det vanskelig å fortelle andre om selvmordstankene på grunn av stigma og skam over å ha slike tanker (Rasmussen et al, 2017; Hjelmeland og Kinzek, 2017). Førstehjelp ved selvmordsfare innebærer at hjelperen som fanger opp faresignalene stiller spørsmålet om selvmordstanker tydelig og direkte (Lang et al., 2014; Silvola, 2003; Mehlum, 2014, s 139; Shneidman, 1996, s. 52). I en fysisk førstehjelpsintervensjon identifiseres en skade. Ved en førstehjelpsintervensjon ved selvmordsfare må hjelperen identifisere om signalene, som er fanget opp handler om selvmordstanker. Hjelperen har ansvar for å spørre og ved det vise at han eller hun bryr seg og er åpen for å snakke om selvmord. Forskning om selvmord og selvmordsatferd viser at det ikke er noen fare forbundet med å stille spørsmålet om selvmordstanker (Mathias, et al., 2012; Gould et al., 2005). Det er tvert imot en sentral del av førstehjelpen (Tallaksen og Lindmark, 2013; Silvola, 2003).

Dersom personen svarer «ja» på spørsmålet om selvmordstanker, er førstehjelperens neste oppgave å lytte til historien bak selvmordstankene. Hjelperen hjelper personen til å sette ord på det som har ført til at han eller hun nå har tanker om å avslutte livet. Torborg Aalen Leenderts skriver om det å lytte til historier i boka *Person og profesjon*: «Selve fortellingen rommer en skaperkraft: Gjennom å fortelle utdypes og nyanseres historien. Historien taler ikke bare til den som lytter, men like mye til den som forteller» (Leenderts, 1997, s. 181). Når en førstehjelper lytter til historien, får den selvmordsnære mulighet til å høre seg selv snakke om hva som har ført til selvmordstankene. Tunnelsynet som ofte preger mennesker i selvmordsfare kan åpnes litt opp (Shneidman, 1996, s. 59). Shneidman (1996) skriver om tunnelsynet:

Tankegangen til personen i selvmordsfare snøres sammen; Ofte er det en svart/hvit-tankegang med to motstridende muligheter: ja eller nei, livet slik jeg ønsker det skal være eller døden, min preferanse eller ingenting, fullkommenhet eller tilintetgjørelse –, desperasjon over bare å se to alternativer og ikke tre eller flere valgmuligheter som vi ellers vanligvis gjør (Shneidman, 1996, s. 61, min oversettelse – A.S.).

Når hjelperen lytter aktivt til den selvmordsnæres fortelling, kommer ordene ut og kan åpne for refleksjon og gi plass til ny innsikt. Historien evalueres ikke, den anerkjennes og gjøres gyldig for den som forteller (Tallaksen og Lindmark, 2015).



Når historien fortelles, vil hjelperen ofte kunne fange opp noe som kan vitne om en tvil eller usikkerhet i valget mellom å dø eller å leve. Ambivalensen kan bli synlig (Tallaksen og Lindmark, 2013). «It is the common internal attitude toward suicide: To feel that one has to do it and, simultaneously, to yearn (and even to plan) for rescue and intervention» (Shneidman, 2004, s. 135). Shneidman understreker at nesten alle som har tanker om å ta sitt eget liv, samtidig har tanker om å leve videre, og at de ønsker hjelp (Shneidman, 1996).

Førstehjelperens oppgave er å hjelpe den selvmordsnære til å oppdage sin egen ambivalens/ usikkerhet, og forsterke det hun da fanger opp fra personen om å fortsatt leve. Det kan utgjøre et vendepunkt som dreier valgmuligheten fra selvmord som eneste løsning til valget om å holde seg trygg her og nå.

Det siste steget i en førstehjelpsintervensjon innebærer at hjelperen utformer en plan for beskyttelse i samarbeid med personen i selvmordsfare. Sentrale risikofaktorer må sjekkes ut. Førstehjelperen trenger å vite om selvmordsmetoden er planlagt og tilgjengelig. Dersom den er det, krever det ekstra beskyttende tiltak i planen. Et forebyggende tiltak som viser effekt er å begrense tilgang til metoder for å utføre selvmord (Mann et al., 2005, Zalsman et al., 2016). Tiltaket er virksomt på samfunns- og på individnivå. I førstehjelpen kan det være virksomt å få tillatelse til å fjerne metoden. Psykiske helseplager, bruk av alkohol, andre rusmidler og tidligere selvmordsatferd er andre risikofaktorer som sjekkes ut og krever ekstra beskyttelse. I tillegg bør planen inkludere støttepersoner fra privat nettverk og profesjonelle hjelpere ved behov. Fastlegen bør alltid inkluderes i planen (Tallaksen og Lindmark, 2015).

En førstehjelper skal aldri være den eneste som kjenner til at en person har selvmordstanker. Noen ganger er faren akutt, og det er behov for behandling i hjelpeapparatet. Andre ganger kan kontakt med fastlegen og støtte fra det sosiale nettverket være tilstrekkelig. Trygghet her og nå er førstehjelpens mål (Tallaksen og Lindmark, 2013).

Hjelpere kan lære å gi denne formen for førstehjelp på samme måte som mange lærer å gi fysisk førstehjelp.

### **1.3 Eget ståsted og bakgrunn for valg av tema og problemstilling.**

Mitt eget engasjement for selvmordsforebygging startet ved deltakelse på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i 2011. Jeg er sosionom med arbeidserfaring fra sosialtjenesten og psykisk helsearbeid. Før kurset hadde jeg aldri snakket med klienter om selvmord og selvmordstanker. Bakgrunnskunnskapen var minimal og troen på at jeg kunne ha noe å bidra med for å forebygge selvmord var liten. Jeg opplevde temaet fremmed og utrygt. Dette endret seg underveis i kurset. Kurset formidlet et menneskesyn og innhold som i stor grad korresponderte med min egen yrkesidentitet og sosialfaglige verdier.

Sosialarbeidere har funksjonen som «gatekeepere» i mange sammenhenger i førstelinjetjenesten. Gatekeepere er hjelpere med posisjon til å først oppdage og møte mennesker i vanskelige og komplekse livssituasjoner. Sosialarbeidere kan mye om kommunikasjon, har opplæring i relasjonelle ferdigheter og mange har trening i å lytte til og forholde seg til mennesker i ulike livssituasjoner og kriser. Videre har sosialarbeidere oversikt over hjelpeapparatet og er vant til å samarbeide med andre aktører (Askeland 2011).

Opplevelsen av at førstehjelpskurset var nært knyttet til sosialt arbeid og relevant i min arbeidshverdag vekket begeistring og engasjement som førte til at jeg utdannet meg til kursleder. I dag jobber jeg full tid i VIVAT selvmordsforebygging som veileder og kursleder med faglige og administrative oppgaver.

Det er gjennomført flere forskningsstudier i utlandet som peker i retning av at kurset Førstehjelp ved selvmordsfare / ASIST bidrar til å gi helpere økt kunnskap og tro på sine egne ferdigheter til å intervensere ved selvmordsfare. Norge har kvalitative forskningsstudier som peker i samme retning, men så langt jeg kjenner til, er det ikke gjennomført kvantitative studier knyttet til Førstehjelpskurset her hjemme. Flere studier konkluderer med behov for mer forskning på gatekeepertraining som selvmordsforebyggende tiltak.

I 2015 fikk VIVAT selvmordsforebygging bevilget øremerkede midler fra Helsedirektoratet for å stimulere måloppnåelsen av tiltak 22 i gjeldende handlingsplan, «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017. Tiltaket handler om å øke tilgjengeligheten til kurset Førstehjelp ved selvmordsfare (Helsedirektoratet, 2014). VIVAT selvmordsforebygging og 25 utvalgte kommuner samarbeidet om å arrangere kostnadsfrie kurs for

ansatte i kommunene. Deltakerne kom fra ulike virksomheter og tjenester, som helsestasjoner, NAV, psykisk helse, rustjenesten, barnevernstjenesten, hjemmetjenesten, omsorgsboliger, politi og skolene.

Når det offentlige bevilger økonomiske ressurser til kompetanseheving, vil det være i fellesskapets interesse å få kunnskap om hvorvidt bruken av midlene har ønsket effekt. Evalueringene fra kursene viser høy grad av tilfredshet og opplevd nytteverdi blant kursdeltakerne (VIVAT, 2015). Spørsmålet er om kompetansen anvendes i praksis.

## **1.4 Problemstilling**

I oppgaven søkes det svar på følgende problemstilling:

*«Har hjelpere som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, kompetanse til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?»*

Fra problemstillingen utledet jeg følgende forskningsspørsmål:

- Har vi tilgjengelig forskningsbasert kunnskap om kompetansen førstehjelpskurset gir?
- Har hjelpere kompetanse til å oppdage mennesker i selvmordsfare?
- Har hjelpere kompetanse til å gi førstehjelp?
- Anvender hjelperne kompetansen?

Kompetansebegrepet inneholder komponentene holdninger, kunnskap og ferdigheter.

### **1.4.1 Begrepsavklaringer**

*Selvord:* «En handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, hvor skaden har ført til døden» (Helsedirektoratet, 2014).

*Selvordsatferd:* «En samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmordshandlinger» (Helsedirektoratet, 2014).

*Selvmordsfare*: Refererer til et menneske som har tanker og/eller planer om å ta sitt eget liv (VIVAT 2016).

I oppgaven er begrepet *selvmordsnær* bruket synonymt med «å være i selvmordsfare». Tilsvarende er kursnavnet Førstehjelp ved selvmordsfare og betegnelsen Førstehjelpskurset, samt VIVAT selvmordsforebygging og betegnelsen VIVAT brukt om hverandre i oppgaven.

## **1.5 Oppgavens videre oppbygning og avgrensning**

Problemstillingen er knyttet til hjelperes atferd. For å undersøke og svare på oppgavens problemstilling, valgte jeg derfor å bruke en teori om atferd fra sosialpsykologien. Jeg valgte Triandis teori om mellommenneskelig atferd, og jeg redegjør for valg av teori og innholdet i teorien i kapittel to. I kapittel tre redegjøres det for metode. Dette kapittelet er todelt. I første del av kapittelet redegjøres det for hvordan det er søkt etter forskningsbasert litteratur. I andre del av kapittelet redegjøres det for den kvantitative spørreundersøkelsen som er gjennomført. I kapittel fire redegjøres det for funn. Først for funnene fra litteratursøket, deretter for den statistiske analysen og funn i den kvantitative spørreundersøkelsen. Kapittel fem inneholder en diskusjon av sentrale funn som svarer på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Her tar jeg utgangspunkt i funnene fra spørreundersøkelsen og diskuterer disse i lys av funn fra litteratursøket og Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd. Oppgaven avsluttes i kapittel seks med en oppsummering og konklusjon.

## 2 Teori

Problemstillingen gir spørsmål om kursdeltakernes atferd: «Har hjelpere (...) kompetanse til å gi førstehjelp (...)». Derfor valgte jeg å gå til sosialpsykologien og undersøke om jeg fant en teori som belyser forhold knyttet til menneskers atferd. Jeg vil redegjøre for valget om å bruke Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd, og deretter for innholdet i denne teorien.

### 2.1 Sosialpsykologiske teorier om holdninger og atferd

Holdninger til ulike fenomener dannes på bakgrunn av de erfaringer, tanker og følelser mennesker har til fenomenene. Holdninger kan påvirke menneskers atferd (Hogg og Vaughan, 2014, s. 150–151). Førstehjelpskurset vektlegger hvilken betydning hjelperes holdninger har for utøvelsen av førstehjelp (Ramsey, 2004). Derfor valgte jeg å se på teorier fra sosialpsykologien knyttet til atferd og holdninger. Fishbein og Ajzens teori, The Theory of Reasoned Action (Madden, Ellen og Ajzen, 1992), forklarer flere aspekter ved holdninger og atferd. Teorien blir imidlertid kritisert for å overse betydningen vaner, følelser, og tro på egne ferdigheter har for menneskers atferd (Sabini, 1992, s. 185). Ajzen videreutviklet denne teorien. I The Theory of Planned Behavior er betydningen av menneskers tro på egne ferdigheter til å gjennomføre en bestemt handling inkludert (Ajzen, 1991). Ajzen inkluderte imidlertid ikke betydningen av vaner. Hogg og Vaughan, skriver i boka «Social Psychology» (2014):

The study of habits has experienced a recent revival (...). Triandis (1977) proposed a model similar to Fishbein and Ajzen's, which included a habit factor to reflect the number of times a person had performed a particular action in the past (Hogg og Vaughan, 2014, s. 170).

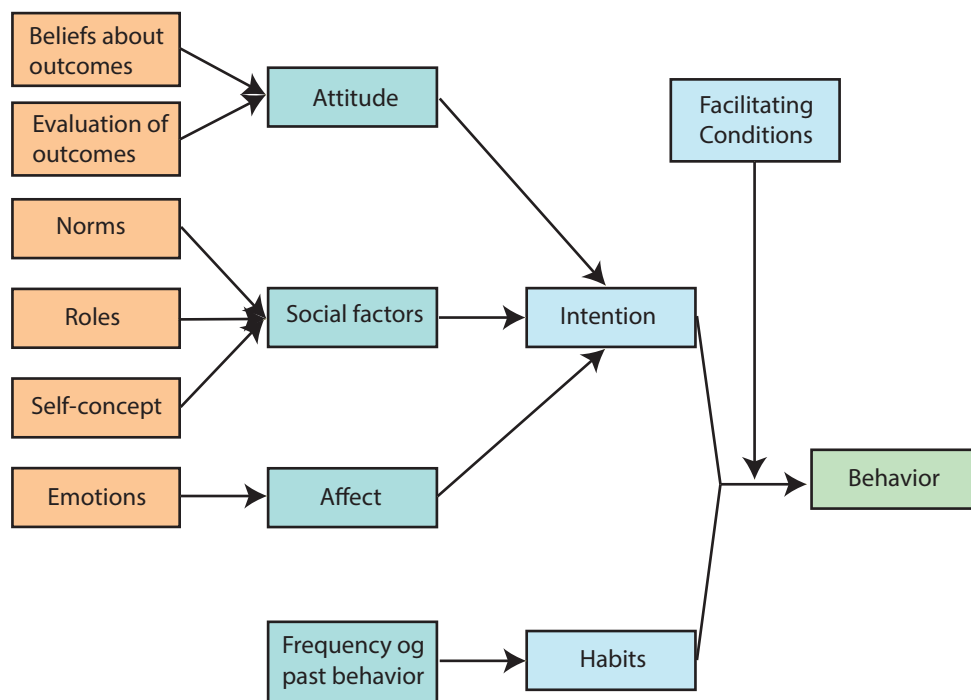
Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd (1977) gir en utvidet forståelse av faktorer som fremmer og hemmer menneskers atferd i spesifikke situasjoner. Teorien inkluderer elementene som Fishbein og Ajzen ble kritisert for å utelate i The Theory of Reasoned Action og The Theory of Planned Behavior. I tillegg brukte de Triandis sin teori under utviklingen av

kurset ASIST på begynnelsen av 1980-tallet. Jeg valgte derfor å bruke Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd som teoretisk grunnlag knyttet til problemstillingen.

## 2.2 Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd

Det kan være flere forhold som gjør at hjelpere vegrer seg for å gi førstehjelp ved selvmordsfare. Usikkerhet og redsel for å mislykkes, si noe feil eller gjøre situasjonen verre kan være barrierer som gjør det vanskelig for hjelpere å involvere seg (Guttormsen, Høifødt, Silvola og Burkeland, 2003). På den andre siden kan andre faktorer og forhold stimulere til handling. Teorien om mellommenneskelig atferd belyser disse aspektene.

Figur 1



Theory of Interpersonal Behavior (Triandis, 1977) illustrert i Jackson (2005, s. 94)

Jackson (2005, s. 94), illustrerer Triandis sin teori og hvordan de forskjellige elementene i teorien henger sammen. Triandis (1977) peker på tre forhold som påvirker menneskers atferd og handlinger: *Intensjon, vaner og indre og ytre forutsetninger*.

Han hevder at dersom en person har en intensjon om å utføre en handling, øker sannsynligheten for at handlingen utføres. Intensjonen bak handlingen formes både av

personenes holdninger knyttet til handlingen, av sosiale faktorer som har sammenheng med handlingen og av følelser knyttet til handlingen. Holdningene påvirkes av hvordan personen verdsetter det han eller hun forventer blir utfallet av en eventuell handling, og om vedkommende tror utfallet blir som forventet. De sosiale faktorene handler om hvilke sosiale normer og spilleregler som gjelder i situasjonen. Det handler om hvilken rolle personen har i den sosiale konteksten og om handlingen korresponderer med personens egen oppfatning av hvem han eller hun er (Triandis, 1977, s. 8).

Følelser som personen har knyttet til en bestemt handling, vil også påvirke intensjonen. Positive følelser knyttet til handlingen kan styrke intensjonen, mens negative følelser kan svekke intensjonen (Triandis, 1977, s. 9).

I tillegg til intensjon mener Triandis at vaner har betydning for menneskers atferd. Menneskers handlinger blir til vaner når de utføres flere ganger. Om en person har handlet på en bestemt måte før, vil det kunne virke inn på om og hvordan vedkommende handler i en fremtidig situasjon (Triandis, 1977, s. 70).

Det siste forholdet Triandis trekker inn, handler om hvorvidt forholdene ligger til rette for at handlingen kan utføres. Det gjelder både konkrete, fysiske forhold, men også hjelperens indre forutsetninger. Nærmere bestemt om personen har nødvendig kunnskap til å utføre handlingen, og om personen har de nødvendige forutsetningene eller ferdighetene til å utføre handlingen (Triandis, 1977, s. 195).

Teorien om mellommenneskelig atferd forklarer sentrale aspekter ved menneskers atferd. I oppgavens diskusjonsdel vil jeg se om de ulike aspektene kan forklare og belyse funn i datamaterialet.

### 3 Metode

For å belyse og finne svar på problemstillingen brukte jeg to metoder. Jeg gjorde litteratursøk for å finne tilgjengelig og relevant forskningsbasert kunnskap og gjennomførte en kvantitativ spørreundersøkelse. Jeg var interessert i resultater som lot seg generalisere og ville finne ut om det var forskjeller i kompetansen til hjelpere med og uten førstehjelpskurs. Jeg valgte derfor å innhente data ved å sende spørreskjema til hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset, intervensjonsgruppa, og til hjelpere som ikke har deltatt, kontrollgruppa.

#### 3.1 Litteratursøk

Det eksisterer en stor internasjonal kunnskapsbase knyttet til forskjellige programmer for gatekeepertraining (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016; Isaac et al., 2009). Siden oppgaven handler om hjelperes førstehjelpskompetanse etter deltakelse på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, valgte jeg å avgrense litteratursøket til forskningsartikler som inkluderer dette kurset. Jeg valgte ut artikler med relevans for problemstillingen, der respondentene og informantene representerer hjelpere i kommuner og førstelinjen. Forskning som i hovedsak er knyttet til andre internasjonale kurs og programmer for gatekeepertraining, andre målgrupper, eller er uten direkte relevans for oppgavens problemstilling, er ekskludert.

Det ble søkt etter forskningsartikler i databasene Pub Med, Academic Search Elite, Idunn og Oria med søkeordene: *Applied Suicide Intervention Skills Training, Førstehjelp ved selvmordsfare, Gatekeeper training, suicide, review*. Siste søk ble gjennomført 06.11.2017.

Søk i Pub Med med søkeordene: *Applied Suicide Intervention Skills training*, ga 23 treff. Fem artikler ble inkludert.

Søk i Academic Search Elite med søkeordene: *Applied Suicide Intervention Skills training* ga 18 treff. Tre artikler møtte inklusjonskriteriene, men var allerede hentet fra Pub Med.

Søk i Academic Search Elite med søkeordene: «*gatekeeper training, suicide, review*», ga 11 treff. En artikkel ble inkludert.

Søk i Idunn, med søkeordene «*Førstehjelp ved selvmordsfare*», ga tre treff. En artikkel ble inkludert.



Søk i Oria etter artikler med søkeodene «*Førstehjelp ved selvmordsfare*», ga to treff. En artikkel ble inkludert.

I tillegg valgte jeg å inkludere evalueringen av kurset Førstehjelp ved selvmordsfare som ble utført av Rambøll management for Sosial- og helsedirektoratet i 2007 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Evalueringen ble gjennomført i forkant av at kurset fikk status som fast landsdekkende selvmordsforebyggende tiltak i Norge fra 2008 (Tallaksen og Lindmark, 2015).

Litteratursøket inkluderte fem relevante utenlandske forskningsartikler, tre norske forskningsartikler og en norsk evaluering.

### **3.1.1 Metodekritikk**

Gatekeepertraining er et stort forskningsfelt internasjonalt. Jeg valgte å foreta et smalt søk, avgrenset med inklusjonskriterier direkte spisset mot oppgavens problemstilling. Det hjalp meg til å finne relevante artikler. Jeg begrenset søket til fire databaser.

Ved å utvide søket til flere databaser og inkludere artikler knyttet til andre faggrupper, kan det tenkes at jeg ville fanget opp forskningsartikler som kunne supplert artiklene jeg inkluderte fra de fire databasene. Det smale søket kan ha sine ulemper, men da oppgaven primært handler om kompetansen til hjelpere i kommunenes førstelinje, valgte jeg å avgrense søket til disse faggruppene og til kurset ASIST / Førstehjelp ved selvmordsfare.

## **3.2 Kvantitativ spørreundersøkelse**

Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene utarbeidet jeg et spørreskjema og gjennomførte en spørreundersøkelse.

Spørreundersøkelsen retter seg mot ansatte i det kommunale tjenesteapparatet. Etter konsultasjon med veileder og saksbehandler ved Norsk senter for forskningsdata, NSD, ble det klart at det ikke var nødvendig å søke Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, om godkjenning av prosjektet. Prosjektet var imidlertid søknadspliktig

til Norsk senter for forskningsdata, NSD, siden det skulle distribueres et elektronisk spørreskjema (NSD, 2017). Søknad ble sendt NSD den 13.12.2016 med vedlagt informasjonsskriv og spørreskjema, se vedlegg 1. Godkjenning fra NSD ble mottatt 19.01.2017, se vedlegg 2.

### **3.2.1 Presentasjon av utvalget**

Undersøkelsen inkluderer tidligere deltakere på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare og kommunalt ansatte som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset. Som nevnt innledningsvis har nær 40 000 mennesker i Norge deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare fra oppstart og fram til i dag. Kurset har gjennomgått flere revisjoner og ble sist revidert i 2014. Jeg vurderte det hensiktsmessig å invitere kursdeltakere som deltok på kurset etter siste revisjon.

I perioden 2015–2016 samarbeidet VIVAT selvmordsforebygging med 25 kommuner om kostnadsfrie kurs for deres ansatte. Kursdeltakerne fra ti av disse kommunene fikk invitasjon til å delta i undersøkelsen. Kursdeltakerne representerer Førstehjelpskursets målgruppe. De betegnes heretter for intervensjonsgruppa. For å sammenlikne dataene fra intervensjonsgruppa ble det også opprettet en kontrollgruppe. Personer som er tilsatt i tilsvarende eller liknende tjenester i de samme kommunene, men som ikke har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, utgjør kontrollgruppa. Utvalget i undersøkelsen er demografisk spredt på landets fem helseregioner og representerer både bykommuner og kommuner på mindre steder.

Totalt ble det sendt ut 500 invitasjoner. Av disse hadde 228 deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, mens 272 ikke hadde deltatt.

Undersøkelsen ble sendt ut 22. mars 2017 og lukket 24. mai 2017. Av de inviterte responderte 283 på undersøkelsen, som gir en oppslutning på 57 prosent.

### **3.2.2 Utvelgelsesprosessen**

VIVAT selvmordsforebygging sørget for tilgang til kursrapporter og deltakerlister. Ved 14 av kursene var påmeldingsliste utfylt med deltakernes e-postadresser. Det var tilfeldig hvilke lister som var utfylt med e-postadresser og hvilke som ikke var det. For å begrense utvalget i undersøkelsen og spare tid, ble deltakerne fra de kommunene som hadde deltakerlister med e-postadresser inkludert. Planen var å sende spørreundersøkelsen til disse, og så kontakte

arrangørene av kursene i kommunene og be om tilgang til e-postadresser til ansatte i tilsvarende eller lignende tjenester som kunne utgjøre undersøkelsens kontrollgruppe.

NSD kommenterte imidlertid i godkjenningen av prosjektet: «Utvalget rekrutteres via kommunen som formidler forespørsel om deltakelse» (NSD, 2017). Formuleringen ble drøftet med veileder. E-postadressene fra påmeldingslistene var innhentet til et annet formål enn denne undersøkelsen. Det var derfor etisk betenkelig å bruke listene uten tillatelse fra arrangørene i de respektive kommunene. Det ble da besluttet å kontakte arrangørene både med spørsmål om tillatelse til å bruke e-postadressene til dem som hadde deltatt på Førstehjelpskurset, og med spørsmål om hjelp med tilgang til e-postadresser fra en gruppe ansatte, fra tilsvarende eller liknende tjenester i kommunen som ikke deltok på disse kursene.

Gjennomgangen av deltakerlistene avdekket at to kurs var arrangert interkommunalt med deltakere fra flere nabokommuner. Disse kommunene ble ekskludert da det ville ta u hensiktsmessig mye tid å innhente kontaktinformasjon og kontakte medarrangørene.

Samtlige arrangører i de tolv resterende kommunene var imøtekommende og villige til å hjelpe med tilgang til e-postadresser. Jeg sendte en e-post med kortfattet informasjon om meg selv og forskningsprosjektet umiddelbart etter telefonsamtalen, se vedlegg 3. Valget om å inkludere kommuner hvor e-postadressene til kursdeltagerne var kjent, viste seg å være godt. Ni av tolv arrangører ba om å få tilsendt påmeldingslistene.

Tre arrangører responderte på henvendelsen og sendte lister med e-postadresser i løpet av de første 14 dagene. De andre ni fikk tilsendt en påminnelse på e-post. Flere responderte på påminnelsen og sendte lister med e-poster de neste to ukene. De som fremdeles ikke hadde respondert, ble kontaktet over telefon med påminnelse om henvendelsen. Ti av tolv arrangører sendte lister med e-postadresser. Disse ti kommunene er med i undersøkelsen.

### **3.2.3 Utvikling av spørreskjema**

Spørreskjemaet er lagt ved oppgaven, se vedlegg, 4.

Problemstillingen var styrende ved utforming av og valg av hvilke spørsmål som skulle inkluderes i spørreskjemaet. Spørsmålene ble utformet for å finne ut om respondentene

- Har kompetanse til å oppdage mennesker i selvmordsfare.
- Har kompetanse til å gi førstehjelp.
- Anvender kompetansen i praksis.

Kompetansebegrepet inneholder komponentene holdninger, kunnskap og ferdigheter.

Spørsmålene er i all hovedsak utformet med preformulerte svaralternativ. Det er brukt tre forskjellige Likert-skalaer: (i) enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig, uenig og vet ikke, (ii) ja, i noen grad, i liten grad, nei og vet ikke, og (iii) skalaer med gjensidig utelukkende tallintervaller. Det er også variabler med verdiene ja, nei og verdiene ja, nei, vet ikke.

Spørreskjemaet innledes med bakgrunnsvariablene kjønn, alder, rolle/jobb og kommune-tilhørighet. Det er også inkludert variabler som måler om og hvor respondentene har fått kunnskap om selvmord og intervensjon ved selvmordsfare fra tidligere.

Syv variabler er ment for spesielt å måle respondentenes holdninger og kunnskap til selvmord og selvmordsatferd (Johannessen et al., 2011, s. 268–270). Variablene er formulert som påstander respondentene blir bedt om å ta stilling til. Påstandene representerer i stor grad kjente myter om selvmord.

Respondentenes kompetanse til å oppdage mennesker i selvmordsfare måles ved variabler knyttet til hvor ofte selvmord er tema i samtaler respondentene har med klienter, brukere og pasienter, og om, og eventuelt hvor ofte, respondentene har opplevd bekymring for selvmordsfare.

Respondentenes førstehjelpskompetanse og bruk av ferdigheter ble målt på atferdsvariabler (Johannessen et al., 2011, s. 269–270). Variablene har til hensikt å måle hva respondentene faktisk har gjort i situasjoner hvor de har opplevd bekymring for om en person har selvmordstanker. Meningen er at de skal måle om og hvor mange ganger respondentene har stilt spørsmålet om selvmordstanker, og om hvordan de håndterte svar eller informasjon som bekreftet selvmordstanker.

For to av variablene: «Hva gjorde du ved bekymring ...» og «Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene ...», ble det oppgitt elleve mulige svaralternativer. Respondentene kunne krysse av for flere alternativer. De kunne også velge å skrive sine egne handlingsvalg. Muligheten ble gitt for å anerkjenne andre svaralternativer enn de foreslåtte (Johannessen et al., 2011 s. 261).

For respondenter som *ikke* hadde opplevd bekymring for selvmordstanker eller fått kjennskap til selvmordstanker, ble det utformet alternative variabler. Variablene er ment å måle respondentenes førstehjelps kompetanse knyttet til kunnskap, holdninger og tro på egne ferdigheter. Variablene måler *ikke* ferdighets elementet i kompetansebegrepet. Spørsmålene er hypotetiske: «Dersom du i fremtiden blir bekymret for ...», og «Dersom du i fremtiden får kjennskap til selvmordstanker, hva tror du da at du vil gjøre?». De mulige svaralternativene var også hypotetiske av typen: «Jeg tror jeg ville ...». Spørsmålene ble inkludert for å sikre tilfang av data der respondentene enda ikke hadde gjort seg erfaringer med bruk av førstehjelps kompetansen.

En av variablene er ment eksplisitt å måle respondentenes bevissthet om egne holdninger. En annen skal måle respondentenes opplevelse av om de har den kompetansen de trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare.

Alle spørsmål og variabler er gjennomgått og drøftet med veileder. Tidligere kolleger i kommunen, kolleger i VIVAT selvmordsforebygging og medstudenter kom med nyttige innspill i prosessen. Å formulere nøytrale og entydige spørsmål som ikke leder respondentene til å svare i en bestemt retning, er tilstrebet (Johannessen et al., 2011, s. 262).

Questback ble valgt som verktøy for å distribuere spørreundersøkelsen. Det ble gitt studentlisen gjennom VID. VIVAT selvmordsforebygging, Universitetssykehuset Nord-Norge og VID ga tillatelse til bruk av deres logoer i spørreundersøkelsen.

### **3.2.4 Pilottest og distribusjon av spørreundersøkelsen**

Før spørreundersøkelsen ble distribuert til utvalget, ble det gjennomført en pilottest. Dette for å luke ut tvetydige spørsmål og uklarheter i spørreskjemaet og dermed styrke undersøkelsens reliabilitet og validitet (Johannessen et al., 2011, s. 274). Pilottesten ble sendt til to helsesøstre

ved helsestasjoner, en skolehelsesøster på ungdomstrinnet, en sosionom ved NAV og en kollega i VIVAT. Fire av fem hadde deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. De fem pilotrespondentene kom med nyttige tilbakemeldinger som førte til små justeringer i invitasjonsbrevet og spørreundersøkelsen. Endringene ble gjort i samråd med veileder.

Invitasjonen og spørreskjemaet ble distribuert ved Questback til hele utvalget onsdag 21. mars 2017. Den 22. mars ble det sendt en e-post til arrangørene i kommunene med informasjon om at undersøkelsen var sendt og en forespørsel om å oppfordre de ansatte til å delta.

Det ble lagt inn tekst med en påminnelse om undersøkelsen i Questback som automatisk ble generert etter en, to og fire uker til respondenter som enda ikke hadde svart.

### **3.2.5 Databehandling og statistisk analyse**

Datasettet fra spørreskjemaet ble hentet fra Questback den 25.05.2017 og lastet inn i statistikkprogrammet R, versjon 3.4.1, for behandling.

Spørreskjemaet starter med noen spørsmål om respondentenes bakgrunn. Variablene som inneholder svarene på disse spørsmålene er presentert med deskriptiv statistikk.

Flere av spørsmålene i spørreskjemaet gir variabler med rangordnede verdier på en Likert-skala, for eksempel enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig, uenig. Disse verdiene er erstattet med tallverdier, en til fem. Deretter har jeg brukt Student t-test for å teste for signifikante forskjeller mellom de to gruppene, intervensjonsgruppa og kontrollgruppa (Bjørndal og Hofoss, 2014, s. 89).

Mange av spørsmålene i spørreskjemaet har to mulige svar, for eksempel ja eller nei. For å avgjøre om disse variablene gir signifikante forskjeller mellom de to gruppene har jeg brukt en khikvadrattest (Bjørndal og Hofoss, 2014, s. 106–108).

I analysen av tre av spørsmålene var det mest relevant å samle svarene i to grupper, selv om spørsmålet i skjemaet opprinnelig bruker en Likert-skala. Disse variablene er derfor signifikanstestet med en khikvadrattest.

I statistisk analyse er det en fordel å kunne anvende flere ulike metoder og vurdere disse opp mot hverandre på det aktuelle datasettet. Det kan tenkes at et bredere statistisk arbeide ville gitt noe mer nyanserte svar. Gitt denne oppgavens rammer, valgte jeg imidlertid å holde analysen på et forenklet nivå.

Noen av spørsmålene i spørreskjemaet åpner for frie tekstsvaer. Underveis i analysen så jeg at problemstillingen og forskningsspørsmålene blir belyst i tilstrekkelig grad uten disse variablene. De er derfor utelatt fra analysen. Det samme gjelder noen hypotetiske spørsmål i skjemaet.

I oppgaven har jeg satt signifikansnivået til 5 prosent, som i følge Bjørndal og Hofoss (2014, s. 80) er vanlig i samfunnsvitenskapelig forskning. Jeg har testet hypotesen «Det er en forskjell på intervensjonsgruppa og kontrollgruppa verdi for denne variabelen» mot nullhypotesen «Det er ingen forskjell på intervensjonsgruppa og kontrollgruppa verdi for denne variabelen». At signifikansnivået er 5 prosent innebærer at  $p$ -verdien i testene må være mindre enn 0,05 for å forkaste nullhypotesen.  $P$ -verdien angir sannsynligheten for å forkaste nullhypotesen når nullhypotesen er sann. Når  $p$ -verdien måles til mindre enn 0,05 blir konklusjonen at det med minst 95 prosent sannsynlighet kan fastslås at det er en forskjell mellom gruppenes verdi for den gitte variabelen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011).

### **3.2.6 Forskningsetiske hensyn**

Respondenter som omfattes av undersøkelsen har rett til selvbestemmelse og autonomi. Deres privatliv skal respekteres, og de skal ikke påføres skade (Johannessen, et al., 2011). På bakgrunn av dette har jeg vært opptatt av å ivareta forskningsetiske hensyn.

Invitasjonen om å delta i undersøkelsen informerte om respondentenes rettigheter.

Invitasjonen inneholdt informasjon om hvem som står bak undersøkelsen, om hvem som er invitert til å delta og om formålet, der deltakelse innebærer å svare på et elektronisk spørreskjema med spørsmål om kunnskaper, ferdigheter og holdninger til selvmordsforebyggende arbeid. Respondentene fikk informasjon om at undersøkelsen er anonym, at det er frivillig å delta og at dataene som samles inn blir behandlet konfidensielt. (Johannessen et al., 2011, s. 93), se vedlegg 5.

Informantene i spørreundersøkelsen tilhører ikke en spesielt sårbar gruppe. Selvmord er imidlertid et tema som berører mange mennesker. Det antas derfor at det blant respondentene er personer med erfaringer knyttet til selvmord. Hvert spørsmål i spørreskjemaet ble vurdert ut fra om det var etisk forsvarlig å stille spørsmålet, eller om det kunne trigge minner og erfaringer som unødig belastet respondentene.

Spørreundersøkelsen ble sendt elektronisk. Respondentene kunne selv velge hvilke spørsmål de ønsket å svare på. De kunne når som helst avbryte eller la være å svare. Når spørreskjemaet var sendt inn, var det imidlertid ikke mulig å kalle svarene tilbake.

Dataene fra undersøkelsen ble hentet fra Questback og over i statistikkprogrammet R for behandling og analyse. Respondentenes anonymitet er ivaretatt i alle ledd av prosessen.

Det er forskjellige kursledere som har ledet kursene undersøkelsen omfatter. Selv var jeg, sammen med to andre kursledere, kursleder for ett av kursene med tilsammen 24 deltakere. Det ble vurdert som lite sannsynlig at dette forholdet ville påvirke respondentenes svar.

### **3.2.7 Metodekritikk**

Det er både fordeler og ulemper ved å bruke kvantitativ spørreundersøkelse som metode. Da jeg valgte å bruke kvantitativ metode, valgte jeg samtidig vekk direkte kontakt med informanter. Jeg vurderte at det var hensiktsmessig siden jeg har en nærhet til VIVAT og Førstehjelpskurset. Avstanden til respondentene kan redusere faren for påvirkning av personene som undersøkelsen omfatter, og således være en fordel når forskningen skjer i tilknytning til eget fagfelt (Thagaard, 2015, s. 18).

En fordel med metoden er at den går i bredden ved at det innhentes data fra mange respondenter. Datamaterialet tallfestes og analyseres ved bruk av statistiske verktøy som gjør det mulig å generalisere resultatene. Ulempen kan på den andre siden være at denne metoden ikke går i dybden. Den gir ikke svar på hvorfor fenomenene trer frem som de gjør.

At populasjonen er delt i en intervensjonsgruppe, de som hadde Førstehjelpskurs, og en kontrollgruppe uten kurs, gir store fordeler. Gruppene som ble sammenliknet var tilnærmet like på flere viktige områder. Undersøkelsen ble utført et år etter deltakelse på Førstehjelps-



kurset. Spørrekjemaet ble pilottestet og var likt for begge grupper. Variablene ble målt på samme måte for begge grupper. En ulempe kan være at utvalget ikke er trukket tilfeldig. Det er imidlertid trukket etter klare kriterier. Det er ikke mulig vite med sikkerhet om respondentene svarer oppriktig på spørsmålene.

For meg ga nærheten til VIVAT selvmordsforebygging og Førstehjelpskurset noen fordeler: Tilgang til informasjon som videre ga tilgang til respondenter, samt god erfaring med og kjennskap til kurset. Nærheten til kurset og fagfeltet styrker forutsetningene for å konstruere variabler som kan bidra til å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Det er og noen ulemper ved å være nær feltet det forskes på. Forforståelsen kan prege utvalg av variabler og spørsmålsformuleringer på en uheldig måte. Videre kan funn som korresponderer med min egen forforståelse få overdreven oppmerksomhet i diskusjonsdelen av oppgaven (Thagaard, 2015, s. 17–19). Jeg reflekterte derfor kritisk over min egen forforståelse og nærhet til VIVAT og Førstehjelpskurset ved utformingen av variabler og spørsmål til spørreundersøkelsen og ved tolkning og diskusjon av funn. Ved utformingen av spørreskjemaet rådførte jeg meg og med fagpersoner som ikke har tilknytning til VIVAT og Førstehjelpskurset.

### **3.2.8 Indre validitet**

Indre validitet handler om hvorvidt det kan fastslås at det er den uavhengige variabelen i undersøkelsen som påvirker de avhengige variablene (Johannessen et al., 2011, s. 310). I denne undersøkelsen handler det om hvorvidt deltakelse på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, som den uavhengige variabelen, påvirker verdiene av de avhengige variablene som er konstruert for å gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2011, s. 308). Når kvantitativ metode brukes til å undersøke menneskelige fenomener, vil ukjente variabler kunne påvirke resultatene. Slik er det også i denne undersøkelsen. Det vil ikke være mulig å fastslå en sammenheng eller mangel på sammenheng mellom fenomenene som undersøkes. Det er derimot mulig å sannsynliggjøre en sammenheng eller å vise at en sammenheng sannsynligvis ikke eksisterer (Johannessen et al., 2013, s. 306–310).

### 3.2.9 Ytre validitet og overførbarhet

Ytre validitet handler om hvorvidt resultatene som fremkommer kan generaliseres og er overførbare. Det er flere forhold som kan påvirke ytre validitet.

Når det svares på spørsmål uten at det er kontakt mellom personen som spør og personen som svarer, vil det være rom for misforståelser. Spørsmålsstilleren har ingen mulighet til å kontrollere om respondentene oppfatter spørsmålene etter intensjonen. Det kan være en ulempe som svekker undersøkelsens ytre validitet.

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen er designet spesielt for oppgavens problemstilling. Det er ikke et standardisert spørreskjema som er testet av andre forskere for validitet og reliabilitet. Derfor er det en viss usikkerhet knyttet til variablenes og spørsmålenes validitet, om de måler det de har til hensikt å måle.

For å motvirke denne svakheten, ble det tilstrebet å formulere enkle og entydige spørsmål (Johannessen et al., 2011, s. 262). Jeg brukte også innholdskomponenter fra undersøkelsen til Hjelmeland og Knizek (2010) og undersøkelsen til Smith, Silva, Covington og Joiner (2013), ved utforming av holdningsvariablene i spørreskjemaet. Variablene og spørsmålene ble testet ved en pilot og sendt til 5 respondenter. Tilbakemeldingene fra respondentene var nyttige og førte til noen mindre justeringer i informasjonsskrivet, av spørsmålsformuleringer og rekkefølgen på variablene. Det kan bidra til å styrke undersøkelsens validitet.

Et annet forhold som ikke lar seg kontrollere, er hvorvidt respondentene svarer oppriktig på spørsmålene, eller om de svarer det de tror de bør svare. Her ligger det en fare for svekket validitet. Undersøkelsen er anonym. Det kan øke sannsynligheten for ærlige svar.

Bortfallsprosent er et annet element som kan svekke den ytre validiteten. 283 respondenter svarte på spørreundersøkelsen. Det utgjør 57 prosent av alle som ble invitert til å delta. Deler av bortfallet kan skyldes at respondentene ikke lenger hadde en tilknytning til kommunen, at de ikke hadde kapasitet til å forholde seg til enda en spørreundersøkelse, eller at e-post-adressen ikke var i bruk. Bortfallet kan også skyldes helt andre forhold (Johannessen et al., 2011, s. 245). Johannessen et al. (2011, s. 245) skriver at en vanlig svarprosent på spørreundersøkelser ligger på mellom 30 og 40 prosent. «Som en tommelfingerregel vil vi si at mer

enn 50 prosent er en bra svarprosent» (Johannessen et al., 2011, s. 245). Etter denne målestokken er svarprosenten på 57 bra. For å redusere bortfallet ble det tre ganger sendt ut påminnelser til respondentene som ikke hadde svart på undersøkelsen om at det fremdeles var mulig å delta. Arrangørene i kommunen ble også kontaktet på e-post med spørsmål om de ville oppfordre de ansatte til deltakelse. Påminnelsene ga god respons.

Det er ikke mulig å kontrollere om bortfallet i denne undersøkelsen er tilfeldig eller om noen grupper i utvalget er overrepresentert (Johannessen et al., 2011, s. 246). Som resultatene i kapittel fire viser, sprer respondentene seg på bakgrunnsvariablene kjønn, alder og kommune-tilhørighet. De representerer også Førstehjelpskursets målgruppe. Slik sett er det liten grunn til å tro at respondentene i utvalget skiller seg fra den øvrige populasjonen i vesentlig grad. Det gir grunn for å tro at resultatene sannsynligvis kan sies å være overførbare.

Respondentene i intervensjonsgruppa, med unntak av noen få, deltok på kurs etter siste kursrevisjon og svarte på spørreundersøkelsen omlag ett år etter gjennomført kurs. Det begrenser generaliserbarheten til å gjelde for andre enn kursdeltakere ett år etter gjennomført kurs, forutsatt at kurset ble arrangert etter siste revisjon. Det er ikke foretatt målinger om kompetansen fra tidligere versjoner av kurset.

### **3.2.10 Reliabilitet**

Reliabilitet handler om hvorvidt resultatene av undersøkelsen kan sies å være pålitelige, om de samme resultatene vil fremkomme dersom studien gjennomføres på samme måte en gang til (Johannessen et al., 2011, s. 40). Bortfallsprosent kan gi svekket reliabilitet. I denne undersøkelsen er svarprosenten på 57. Det innebærer at 43 prosent av respondentene ikke har svart. Hva disse respondentene ville ha svart får ingen vite. Bortfallet innebærer en viss usikkerhet knyttet til undersøkelsens reliabilitet. Dataene er samlet inn ved bruk av et elektronisk spørreskjema med i all hovedsak preformulerte svaralternativ. Dataanalysen er gjennomført ved bruk av statistikkprogrammet R. Sannsynligheten for utregningsfeil er derfor liten, samtidig som det er en viss fare for brukerfeil. Undersøkelsen omfatter 283 respondenter, og vurdering av variabler er gjennomført med signifikansnivå på 5 prosent som er vanlig i samfunnsvitenskapelig forskning. Dette kan styrke undersøkelsens reliabilitet (Johannessen et al., 2011).

Redegjørelsen for hvordan jeg gikk fram for å søke etter relevant forskningslitteratur og hvordan jeg gjennomførte den kvantitative spørreundersøkelsen legger grunnlag for neste kapittel, der jeg presenterer funnene fra litteratursøket og spørreundersøkelsen.

## 4 Funn

I dette kapittelet vil jeg først redegjøre for funn fra litteratursøket som kan bidra til å gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Deretter redegjør jeg for statistisk analyse og funn i den kvantitative spørreundersøkelsen.

### 4.1 Funn i litteratursøket

Av litteratursøket på 57 treff møtte åtte studier inklusjonskriteriene, fem utenlandske og tre norske studier, samt en norsk evaluering. I det følgende redegjør jeg for funn i de inkluderte studiene og evalueringen.

#### 4.1.1 Funn i utenlandske studier

Isaac et al. (2009) gjennomførte metastudien «Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review». Studien har to mål: Å gjennomgå forskning på gatekeepertraining som selvmordsforebyggende tiltak og å peke på anbefalinger om videre forskning. Studien er basert på 13 fagfelleverderte studier av gatekeepertraining, inkludert kurset ASIST. Metastudien omfatter studier utført i flere land, som Sverige, Amerika, Tyskland og Ungarn, og i forskjellige kulturer. Studien konkluderer med at gatekeepertraining er et tiltak som styrker deltakernes kunnskap, holdninger og ferdigheter til å gi førstehjelp ved selvmordsfare. Den peker på behov for mer forskning om langtidsvirkningen av kompetansen gatekeepertraining gir, og mer forskning om å henvise selvmordsnære videre til andre hjelpere. Metastudien etterlyser randomiserte, kontrollerte studier med fokus på om innsats gjennom gatekeepertraining bidrar til reduksjon i selvmordsratene.

Gould, Cross, Pisani, Munfakh og Kleinman (2013) gjennomførte studien: «Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline.» Formålet med studien var å undersøke hvilken påvirkning implementering av kurset ASIST har ved krisetelefontentraler i USA. Forskerne gjennomførte en randomisert, kontrollert studie ved 17 krisetelefontentraler. Halvparten av telefonvaktene hadde førstehjelpskurset (ASIST), den andre halvparten hadde ikke deltatt på førstehjelpskurs. 1507 samtaler mellom

innringere med selvmordstanker og krisetelefonvakter ble tatt opp elektronisk. Samtalene ble spilt av for forskerne. Forskerne var blindet og kjente ikke til om telefonvaktene hadde deltatt på Førstehjelpskurset. Resultatene fra undersøkelsen viser signifikante forskjeller mellom gruppene av telefonvakter. Innringere som snakket med telefonvakter som hadde deltatt på førstehjelpskurset (ASIST), følte seg mindre deprimerte, mindre suicidale, mindre overveldet, og mer håpefulle enn innringere som hadde snakket med telefonvakter uten førstehjelpskurset. Forskerne forklarte resultatene med at telefonvaktene som hadde deltatt på Førstehjelpskurset gjorde gode førstehjelpsintervensjoner. De tålte å lytte til historien om hvorfor innringeren ønsket å dø, og de lyttet etter mulige vendepunkt som handlet om at det samtidig var noe som knyttet dem til livet. Telefonvaktene rettet også oppmerksomhet mot ressurser i det uformelle nettverket til innringerne. Når det gjaldt å vurdere selvmordsfare fant forskerne ingen forskjell mellom telefonvakter med og uten førstehjelpskurs.

Smith, Silva, Covington og Joiner (2013) gjennomførte studien: «An Assessment of Suicide-Related Knowledge and Skills Among Health Professionals». De undersøkte sammenhengen mellom gjennomført gatekeepertraining og kursdeltakernes kunnskap om selvmord og tro på egne intervensjonsferdigheter. Studien er en kvantitativ spørreundersøkelse gjennomført med to ulike utvalg. Respondentene i utvalgene representerer yrkesgrupper innen helse- og omsorgssektoren, inkludert administrativt personell. Utvalget i den ene studien bestod av 1336 respondenter som hadde deltatt på ASIST eller ikke fått opplæring. Utvalget i den andre studien bestod av 1507 respondenter som enten hadde deltatt på gatekeepertraining-programmet Question Persuade Refere (QPR), et e-læringsprogram eller ikke fått opplæring. Respondentene i begge studier svarte på de samme spørsmålene; om kunnskap om selvmord og selvmordsatferd og om tro på egne intervensjonsferdigheter. Resultatene fra begge studier viser signifikante forskjeller mellom grupper som har fått og ikke fått opplæring. Studien med respondenter som deltok på ASIST, viser signifikant høyere score for gruppa med opplæring enn gruppa uten opplæring. Det gjaldt både variabler som målte kunnskap og som målte tro på egne ferdigheter. Tilsvarende viste studien med respondenter med opplæring i QPR eller e-læringsprogram at de med opplæring i QPR hadde signifikant høyere score både på kunnskapsvariablene og variabler som målte tro på egne ferdigheter. Respondenter med e-læringsprogram hadde høyere score enn gruppa uten opplæring på variabler som målte tro på egne ferdigheter, men ikke på kunnskapsvariablene. Studien konkluderer med at deltakelse på ASIST og QPR tilfører kunnskap og gir deltakerne tro på egne ferdigheter.

Silva, Smith, Dodd, Covington og Joiner (2016) gjennomførte studien: «Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States». Formålet med studien var å undersøke helse og sosialarbeideres kunnskap og tro på egne ferdigheter til å intervenere ved selvmordsfare. Studien sammenlikner hjelpere som har deltatt på ASIST, QPR, andre programmer for gatekeepertraining eller ikke har fått opplæring.

Forskerne sendte ut en elektronisk spørreundersøkelse til 16 693 personer fra syv amerikanske stater med spørsmål om respondentenes kunnskap og tro på egne intervensjonsferdigheter. 52 prosent av respondentene hadde fått en eller annen form for opplæring knyttet til selvmord og intervensjon ved selvmordsfare. Respondentene med opplæring viste høyere score på variabler som målte kunnskap og tro på egne ferdigheter enn respondentene uten opplæring. Det ble ikke målt forskjeller på kunnskapsvariablene mellom respondentene som hadde fått opplæring. Respondentene som hadde opplæring i ASIST rapporterte imidlertid om større tro på egne ferdigheter knyttet til arbeid med mennesker i selvmordsfare enn respondentene med annen opplæring. Studien viser videre at profesjonstilhørighet og tidligere erfaring med å miste klienter i selvmord i positiv grad påvirker respondentenes kunnskap og tro på egne ferdigheter. Studien konkluderer med at økt tilgang til gatekeepertraining kan tilføre helse- og sosialarbeidere kunnskap og tro på egne ferdigheter til å intervenere ved selvmordsfare. Samtidig ser de behov for studier som undersøker om økt kunnskap og tro på egne ferdigheter fører til endringer i hjelpernes atferd. Forfatterne konkluderer med behov for mer forskning på om opplæringen bidrar til at flere mennesker i selvmordsfare fanges opp og får hjelp i tide.

Cynthia et al. (2017) gjennomførte studien: «Identification, Response, and Referral of Suicidal Youth Following Applied Suicide Intervention Skills Training». Målet med studien var å undersøke om kursdeltakerne endrer atferd relatert til å oppdage ungdommer i selvmordsfare, gi hensiktsmessig førstehjelp og henvise ungdommene videre i hjelpeapparatet etter gjennomført førstehjelpskurs. Videre undersøkte studien om holdninger og hjelperens syn på egen hjelperolle predikerer anvendelse av kompetansen. Studien er en kvantitativ spørreundersøkelse der spørreskjema ble sendt ut før kursdeltakelse og seks til ni måneder etter gjennomført kurs. Den omfatter 434 personer som deltok på kurset ASIST i 21 lokalsamfunn i Amerika i perioden 2010–2012. Kursgruppene var tverrfaglig sammensatt med deltakere fra helse- og sosialsektoren, skoler, ulike hjelpeinstitusjoner og med alminnelige samfunnsborgere uten formelle hjelperoller. De 434 kursdeltakerne fylte ut et spørreskjema før de deltok på kurset ASIST. Spørsmålene handlet om kursdeltakernes atferd knyttet til

utøvelse av førstehjelp ved selvmordsfare. I tillegg var det spørsmål som målte om kursdeltakerne så på seg selv som «naturlige hjelpere», personer som andre lett henvender seg til for å få hjelp, og om de hadde positive eller negative holdninger til utøvelse av førstehjelp ved selvmordsfare. Deltakerne ble bedt om å fylle ut et tilsvarende elektronisk spørreskjema seks til ni måneder etter gjennomført kurs. 247 av kursdeltakere responderte på etterundersøkelsen. Resultatene fra studien viser små, men signifikante forskjeller på kursdeltakernes atferd før og etter gjennomført kurs. Forskerne fant at deltakerne etter gjennomført kurs i større grad oppdaget ungdommer i selvmordsfare, stilte spørsmål om selvmordstanker og hjalp ungdommene videre i hjelpeapparatet. Deltakerne rapporterte imidlertid ikke forbedring i evnen til å lytte aktivt til ungdommene, å overtale ungdommer til å søke videre hjelp eller fysisk å følge ungdommen til annen hjelper for videre hjelp. Hjelpernes opplevelse av seg selv som «naturlige hjelpere» virket positivt på atferden både før og etter gjennomført kurs. Men deltakere som hadde negative holdninger til å gi førstehjelp før gjennomført kurs, anvendte førstehjelps kompetansen i mindre grad etter gjennomført kurs enn deltakere med positive holdninger.

#### **4.1.2 Funn i norske studier og evaluering**

Guttormsen, Høifødt, Silvola og Burkeland (2003) gjennomførte studien: «Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering». Det er en kvalitativ evalueringsstudie av medisinstudenters erfaringer med deltakelse på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Studien omfatter 46 av 76 studenter som deltok på kurset i perioden 1998–1999 og ble gjennomført ved semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Resultatet fra studien viser at studentene opplevde å få mer kunnskap, større faglig trygghet og økt kompetanse til å intervensere ved selvmordsfare gjennom deltakelse på kurset. Studentene ga spesielt uttrykk for at øvelse gjennom rollespill og tilbakemeldinger på egen atferd ga stort læringsutbytte.

Tallaksen, Bråten og Tveiten (2013) gjennomførte studien: «...You are not particularly helpful as a helper when you are helpless». Det er en kvalitativ, utforskende studie av helsesøstres erfaringer med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Studien omfatter 16 helsesøstre og ble gjennomført ved intervjuer i tre fokusgrupper. Resultatene viser økt grad av profesjonell mestring knyttet til møter med ungdom med selvmordstanker. Helsesøstrene opplevde økt trygghet og større mot til å involvere seg og til å lytte til ungdommer med selvmordstanker. Helsesøstrene opplevde at verktøyet de fikk på kurset, intervensjons-



modellen, hjalp dem til å håndtere samtaler med selvmordsnære ungdommer på en bedre måte enn før. De opplevde redusert behov for å henvise ungdommer videre, samtidig som de hadde kompetanse til å henvise mer målrettet og presist i situasjoner der videre henvisning var nødvendig. Helsesøstrene fortalte også at kurset tilførte kompetanse som gjorde dem i stand til å møte ungdommer i krise med større åpenhet, og de opplevde at kompetansen hadde en generell overføringsverdi til samtaler om andre vanskelige temaer.

Madsen og Tallaksen (2017) gjennomførte studien: «Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare». Noe mer enn et førstehjelpskurs?». Studien har til hensikt å bidra til å utvikle kunnskap om hvilken betydning førstehjelpskurset har og har hatt for NAV-ansatte i møte med personer med selvmordstanker. Det er en kvalitativ studie blant NAV-medarbeidere som har gjennomført Førstehjelpskurset. Studien ble gjennomført ved tre fokusgrupper med henholdsvis tre, fire og syv informanter fra NAV i hver gruppe, samt en pilotgruppe med to informanter. Informantene opplevde økt kompetanse til å spørre om selvmordstanker og følge opp svaret etter gjennomført kurs. Mange ga uttrykk for økt mestringsevne, trygghet og tillit i relasjonen til klientene. Flere ga uttrykk for at kurset bidro til bedre kommunikasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre aktører i hjelpeapparatet. Videre viste medarbeiderne ved NAV større vilje til å følge opp klienter som strever med selvmordstanker over tid etter Førstehjelpskurset.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) gjennomførte evalueringen: «Evaluering av undervisningsprogrammet VIVAT». Evalueringen er basert på intervjuer og svar på spørreskjema fra kursdeltakere, kursledere og ansatte tilknyttet organisasjonen VIVAT selvmordsforebygging. Evalueringen tar for seg fire områder: Organisering og forankring, undervisningsprogrammets kursmodell, innhold og omfang og effekt av kursdeltakelse. Kursdeltakerne uttrykker at de føler seg tryggere og bedre rustet til å involvere seg ved bekymring for selvmordsfare. De understreker betydningen av å ha fått et verktøy for kommunikasjon om selvmord og selvmordstanker. Evalueringen konkluderer blant annet at opplæringen gir hjelperne som deltar noe varig effekt. Evalueringen anbefaler imidlertid tilgang til oppfølgingskurs med mulighet for praktisk trening. Det understrekes at evalueringen bygger på deltakernes opplevelse av egen kompetanse etter gjennomført kurs. Evalueringen viser at kurset i hovedsak kun øker kompetansen til dem som selv deltar. Kurset har i liten grad overføringsverdi på systemnivå.

### **4.1.3 Oppsummering**

Studiene og evalueringen viser at kurset Førstehjelp ved selvmordsfare/ASIST bidrar til å gi forskjellige hjelpere økt kunnskap og tro på sine egne ferdigheter til å intervenere ved bekymring for selvmordsfare. Flere studier fokuserer på hjelpernes kunnskap og opplevelse av kompetanse. Studien av krisetelefonvakter i USA viser at telefonvaktene som har deltatt på Førstehjelpskurset tar i bruk førstehjelpsferdigheter, som synes å ha positiv effekt på dem som mottar førstehjelp (Gould et al., 2013). Studien til Cynthia et al. (2017) viser en positiv endring i kursdeltakernes evne til å oppdage ungdommer i selvmordsfare, spørre om selvmordstanker og etter gjennomført kurs henviser ungdommene videre i hjelpesystemet. Denne studien synes å besvare oppgavens problemstilling best. Den er imidlertid gjennomført i en amerikansk kontekst, og kursdeltakerne deltok på kurs før siste revisjon av Førstehjelpskurset. Det er derfor usikkert om funnene direkte kan overføres til norske forhold.

De kvalitative studiene som er gjennomført i Norge, samt evalueringen foretatt av Sosial- og Helsedirektoratet, konkluderer med at hjelpere etter gjennomført kurs opplever seg bedre i stand til å intervenere og gi førstehjelp ved selvmordsfare etter gjennomført kurs.

Det etterlyses mer forskning om effekten av kurset Førstehjelp ved selvmordsfare/gatekeepertraining. Studien til Silva et al. (2016) fremhever behovet for mer kunnskap om hvorvidt kunnskap og tro på egne ferdigheter resulterer i at hjelperne endrer atferd. Studien til Cynthia et al. (2017) konkluderer med behov for mer forskning knyttet til kursdeltakeres bruk av førstehjelpskompetansen. Metastudien til Isaak et al. (2009) konkluderer med behov for mer forskning på langtidsvirkning av kompetansen og for flere randomiserte, kontrollerte studier som kan måle om gatekeepertraining har effekt og bidrar til reduksjon i selvmordstallene.

## **4.2 Funn i spørreundersøkelsen og statistisk analyse**

I resten av kapittel fire presenterer jeg funn fra spørreundersøkelsen. Først presenterer jeg respondentene ut fra bakgrunnsvariablene i spørreskjemaet, deretter funn som direkte kan bidra til å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven.

#### 4.2.1 Presentasjon av bakgrunnsvariabler

Antall respondenter i undersøkelsen er 283. Respondentene kommer fra 10 kommuner i Norge. Kommunene fordeler seg på landets fem helseregioner – nord, midt, vest, sør og øst. Respondentene kommer både fra større bykommuner og mindre kommuner.

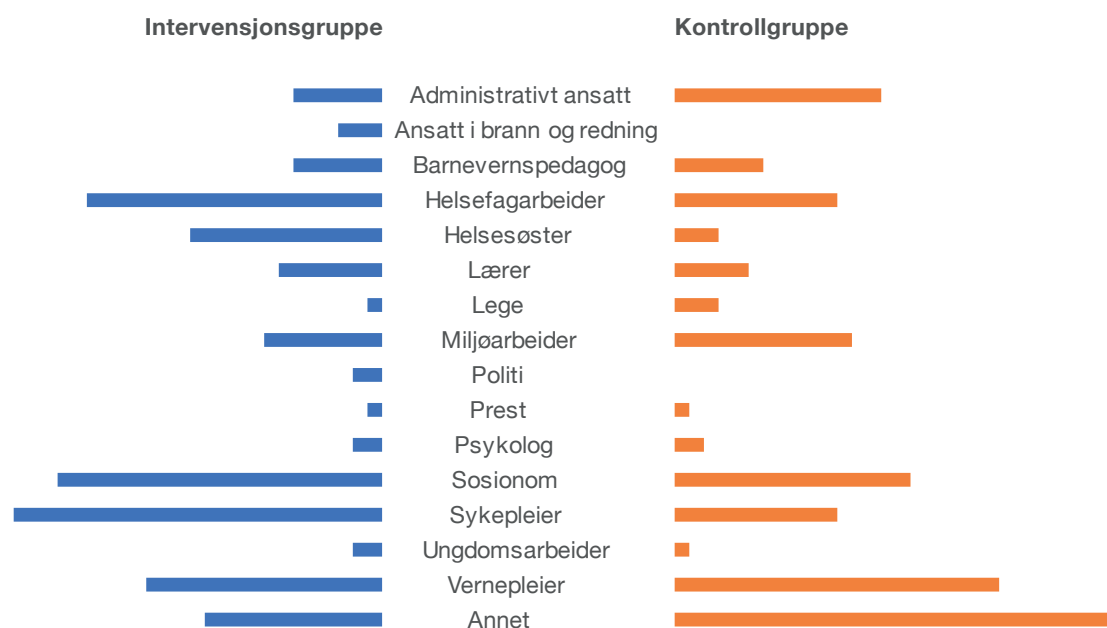
Intervensjonsgruppa i undersøkelsen består av 146 respondenter. Disse har alle deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Kontrollgruppa består av 137 respondenter der ingen har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Kjønnsforskjellen mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa er forholdsvis liten. Intervensjonsgruppa består av 79,5 prosent kvinner og 19,2 prosent menn, samt 1,3 prosent som ikke har oppgitt kjønn. Kontrollgruppa består av 70,1 prosent kvinner og 29,9 prosent menn. Andelen kvinner er høyere enn andelen menn i begge gruppene. Forklaringen kan være at respondentene i stor grad representerer kvinnedominerte yrkesgrupper. Andelen menn er noe lavere i intervensjonsgruppa, 19,2 prosent, sammenliknet med kontrollgruppa, hvor andelen er på 29,9 prosent. Jeg gjennomførte en kontroll for å sjekke om kjønnsvariabelen ga utslag på de ulike avhengige variablene, men fant ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene. Det er dermed liten grunn til å tro at denne forskjellen vil påvirke resultatene.

Aldersfordelingen innad i gruppene og mellom de to gruppene er forholdsvis jevn. I kontrollgruppa er det en noe større andel respondenter i aldersgruppene 19–30 år med 13,9 prosent mot 8,2 prosent i intervensjonsgruppa. I aldergruppa 31–40 år er det 27,7 prosent i kontrollgruppa mot 19,9 prosent i intervensjonsgruppa. Andelen respondenter i aldersgruppa 51–60 år er noe høyere i intervensjonsgruppa, 33,6 prosent mot 22,6 prosent i kontrollgruppa. For aldersgruppa 61–67 år er det 6,8 prosent i intervensjonsgruppa og 3,6 prosent i kontrollgruppa. Elleve respondenter har ikke oppgitt alder. Alt i alt har utvalget en god spredning i alder.

Respondentene representerer flere ulike yrkesgrupper. Figur 2 viser hvordan respondentene fordelte seg på variabelen rolle/jobb.

**Figur 2 Respondentenes fordeling på variabelen rolle/jobb.**



Som figur 2 viser, er så godt som alle kategoriene representert både i intervensjonsgruppa og i kontrollgruppa, med unntak av brann og redning og av politi, som kun er representert i intervensjonsgruppa. Fordelingen mellom de andre jobb/rolle-variablene er noe ujevn. I intervensjonsgruppa er det noen flere sykepleiere, sosionomer, helsefagarbeidere og helsesøstre enn i kontrollgruppa. I kontrollgruppa er det noen flere vernepleiere, miljøarbeidere og administrativt ansatte enn i intervensjonsgruppa. Den tydeligste forskjellen observeres i kategorien «annet». I intervensjonsgruppa har 12 respondenter krysset av for denne kategorien, mens det i kontrollgruppa er 30 respondenter som har krysset av for kategorien. Disse respondentene har ukjent rolle/jobb.

For å få noe mer kunnskap om bakgrunnen til disse respondentene ble det laget en krysstabell for variablene «Har du fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen din?» og variabelen «Har du deltatt på kurs eller fått annen opplæring i intervensjon ved selvmordsfare?».

**Tabell 1: Gjelder for respondenter i kontrollgruppa som har oppgitt verdien «Annet» på variabelen «rolle/jobb». Verdiene på variablene: «Har du fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen din?» og «Har du deltatt på kurs eller fått annen opplæring i intervensjon ved selvmordsfare?» er krysset i tabellen.**

```

=====
Kontrollgruppa (N=30)

                Kurs/annen opplæring
Utdanning      Ja      Nei      Total
-----
Ja              8        3        11
                26.7%   10.0%
-----
Nei             1        18       19
                3.3%    60.0%
-----
Total           9        21       30
=====

```

Tabell 1 viser hvordan respondentene i kontrollgruppa som har krysset av for «annet» fordeles på variabelen som er knyttet til kunnskap gjennom utdanning og variabelen som er knyttet til kunnskap gjennom kurs/annen opplæring. Totalt oppgir 26,7 prosent av 30 respondenter at de har fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare både gjennom utdanning og deltakelse på kurs/annen opplæring. Det er 10 prosent av respondentene som har fått kunnskap gjennom utdanning, men ikke ved kurs/annen opplæring, og 3,3 prosent har deltatt på kurs/ annen opplæring uten å ha fått kunnskap om temaet gjennom utdanningen. Dette innebærer at 40 prosent av respondentene i kontrollgruppa som har krysset av for kategorien «annet», har fått kompetanse om tematikken gjennom utdanning og/eller kurs annen opplæring.

I intervensjonsgruppa har alle krysset av for at de har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, mens 41 prosent svarer at de har fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon gjennom utdanningen.

Tallene for begge grupper viser at gruppa «annet» både består av respondenter som har fått kunnskap om selvmord og intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen og/eller fått kunnskap gjennom kurs eller annen opplæring, og av respondenter som ikke har fått kunnskap om temaet knyttet til disse to variablene. Det er dermed liten grunn til å tro at respondentene som har krysset av for «annet» i vesentlig grad skiller seg fra resten av utvalget.

Tabell 2 nedenfor viser hvordan utvalget som helhet fordeler seg på variabelen om kunnskap gjennom utdanning: «Har du fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen din?».

**Tabell 2 «Har du fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen din?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	103 70.5%	66 48.2%	169
Nei	43 29.5%	71 51.8%	114
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Tabell 2 viser at 70,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har fått kunnskap om tematikken gjennom utdanningen mot 48,2 prosent i kontrollgruppa, en betydelig større andel enn i kontrollgruppa.

Respondentene ble også målt på variabelen kurs/annen opplæring: «Har du deltatt på kurs eller fått annen opplæring i intervensjon ved selvmordsfare?»

**Tabell 3 «Har du deltatt på kurs eller fått annen opplæring i intervensjon ved selvmordsfare?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	146 100.0%	40 29.2%	186
Nei	0 0.0%	97 70.8%	97
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Som tabell 3 viser er det 29,2 prosent av respondentene i kontrollgruppa som har deltatt på kurs eller fått annen opplæring om temaet. Disse har ikke deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare og må derfor ha deltatt på andre kurs eller fått opplæring på andre måter.

For å undersøke nærmere hvordan fordelingen av kunnskap gjennom utdanning og kunnskap fra kurs / annen opplæring fordeler seg innad i kontrollgruppa, ble det laget en krysstabell for kontrollgruppas svar på variablene som måler kunnskap gjennom utdanning og kunnskap gjennom kurs / annen opplæring.

**Tabell 4: Kontrollgruppas svar på variablene som måler kunnskap gjennom utdanning og kurs/annen opplæring.**

Kontrollgruppa (N=137)				
Kurs / annen opplæring				
Utdanning		Ja	Nei	Total
Ikke besvart	0 0.0%	1 0.7%	1 0.7%	2
Ja	1 0.7%	30 21.9%	35 25.5%	66
Nei	0 0.0%	9 6.6%	60 43.8%	69
Total	1	40	96	137

Tabell 4 viser at 21,9 prosent av respondentene i kontrollgruppa har fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare både gjennom utdanning og kurs eller annen opplæring. Det er 25,5 prosent som har fått kunnskap gjennom utdanning og ikke gjennom kurs eller annen opplæring, mens 6,6 prosent har deltatt på kurs eller annen opplæring uten å ha fått kunnskap om tematikken gjennom utdanning.

Dette viser at 54 prosent av respondentene i kontrollgruppa har fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanning og/eller kurs eller annen opplæring. Det innebærer at en forholdsvis stor andel av respondentene i kontrollgruppa har fått noe kunnskap om tematikken på et eller annet tidspunkt tidligere.

Svarene på spørsmål 16 i spørreskjemaet: «Når deltok du på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare?» viser at det av 146 respondenter i intervensjonsgruppa er 121 som deltok på Førstehjelpskurset i perioden 2015 – 2017. Disse antas å ha deltatt på de kostnadsfrie kommunale kursene som ble arrangert i samarbeid mellom VIVAT selvmordsforebygging og utvalgte kommuner i perioden juni 2015 til februar 2016. Det er fem respondenter som oppgir å ha deltatt på Førstehjelpskurset i perioden 2011–2014. Det er seks respondenter som oppgir å ha deltatt før 2011, mens 13 respondenter ikke har svart på når de deltok på kurset. En respondent husker ikke. Alle er imidlertid inkludert i intervensjonsgruppa fordi de har svart «ja» på spørsmålet om de har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, som VIVAT selvmordsforebygging formidler.

#### **4.2.2 Oppsummering av bakgrunnsvariablene**

Analysen av bakgrunnsvariablene viser at respondentene i kontrollgruppa og intervensjonsgruppa fordeler seg forholdsvis jevnt på variablene kjønn, alder og rolle/jobb. Noen flere av respondentene i intervensjonsgruppa, 70,5 prosent, har fått kunnskap om selvmordstematikken gjennom utdanningen, mot 48,2 prosent i kontrollgruppa. Omlag en tredjedel av respondentene i kontrollgruppa har imidlertid deltatt på kurs eller fått annen opplæring om temaet. Det innebærer at 54 prosent av respondentene i kontrollgruppa har noe bakgrunnskunnskap om selvmord og/eller intervensjon om selvmordsfare. Variablene måler ikke om respondentene i intervensjonsgruppa har deltatt på kurs eller fått annen opplæring utover Førstehjelpskurset. Omfanget av temaet i respondentenes utdanninger og/eller kurs eller annen opplæring er heller ikke kjent.

En annen måte å skaffe seg kunnskap om menneskelige fenomener på er gjennom egen erfaring (Knowles, 1980). Variablene måler ikke om og eventuelt hvordan personlige erfaringer har påvirket respondentenes kompetanse.

#### **4.2.3 Funn som belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene**

Når jeg presenterer funnene som belyser problemstillingen og forskningsspørsmålene, vil jeg først presentere en tabell som viser hvordan respondentene i intervensjonsgruppa og respondentene i kontrollgruppa fordeler seg på den aktuelle variabelen. Deretter kommenterer jeg tallene i tabellen. Så kommenterer jeg den statistiske testen som viser om det er en signifikant forskjell mellom gruppenes verdi på variabelen eller ikke.

#### **4.2.4 Hjelpenes holdninger og kunnskap**

Syv holdningsvariabler prøver å måle respondentenes holdninger og kunnskap om selvmord og selvmordsfare. Hver variabel består av en påstand respondentene tok stilling til ved å krysse av for «enig», «delvis enig», «hverken enig eller uenig», «delvis uenig», «uenig» eller «vet ikke». Analysen synliggjør små ulikheter for verdiene «hverken enig eller uenig» og «vet ikke». Da verdiene også har tilnærmet likt meningsinnhold, ble verdien «vet ikke» slått sammen med verdien «hverken enig eller uenig». De syv påstandene er i hovedsak formulert ut fra kjente myter om selvmord som behandles i Førstehjelpskurset (Lang et al., 2014).



Første holdningsvariabel respondentene ble bedt å svare på var påstanden: «Bare mennesker med visse kjennetegn, som tilhører en risikogruppe, kan få tanker om å ta sitt eget liv».

**Tabell 5 «Bare mennesker med visse kjennetegn, som tilhører en risikogruppe, kan få tanker om å ta sitt eget liv».**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	1 0.7%	0 0.0%	1
Delvis enig	4 2.7%	2 1.5%	6
Hverken enig eller uenig	1 0.7%	5 3.6%	6
Delvis uenig	8 5.5%	11 8.0%	19
Uenig	132 90.4%	119 86.9%	251
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```
data: tabell
t = 1.74, df = 9, p-value = 0.1159
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -8.492889 65.092889
sample estimates:
mean of x
 28.3
```

Tabell 5 viser at 90,4 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa er uenige påstanden mot 86,9 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Dersom verdiene «uenig» og «delvis uenig» slås sammen, er det 95,9 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa som har krysset av for disse verdiene mot 94 prosent i kontrollgruppa.

Den gjennomførte t-testen viser at det ikke er signifikant forskjell mellom gruppene. *P*-verdien måles til 0,116. Respondentene i begge grupper samstemmer i stor grad i oppfatningen av at «ikke bare mennesker med visse kjennetegn, som tilhører en risikogruppe kan få selvmordstanker».

Deretter følger variabelen: «Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg komme til å sette vedkommende på tanken»

**Tabell 6 «Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg komme til å sette vedkommende på tanken»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	1 0.7%	3 2.2%	4
Delvis enig	4 2.7%	10 7.3%	14
Hverken enig eller uenig	11 7.5%	22 16.1%	33
Delvis uenig	17 11.6%	28 20.4%	45
Uenig	113 77.4%	74 54.0%	187
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```

data: tabell
t = 2.4468, df = 9, p-value = 0.03695
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 2.135251 54.464749
sample estimates:
mean of x
 28.3
    
```

Tabell 6 viser at 77.4 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa er uenige i påstanden mot 54 prosent i kontrollgruppa. Om verdiene «uenig» og «delvis uenig» slås sammen, blir prosentandelen for intervensjonsgruppa 89 prosent og for kontrollgruppa 74.4 prosent.

Det er signifikant forskjell mellom svarene til de to gruppene, med  $p$ -verdi på 0,037. Dette viser at hjelpere i utvalget som har deltatt på Førstehjelpskurset i mindre grad enn respondentene som ikke har deltatt på kurset, tror på myten om at «en kan sette noen på tanken om å ta sitt eget liv ved å stille spørsmålet om selvmord».

På den neste variabelen er hensikten å måle respondentenes holdning til følgende påstand: «De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv, kan ikke hjelpes».

**Tabell 7 «De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv, kan ikke hjelpes»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	1 0.7%	0 0.0%	1
Delvis enig	5 3.4%	4 2.9%	9
Hverken enig eller uenig	4 2.7%	3 2.2%	7
Delvis uenig	20 13.7%	22 16.1%	42
Uenig	116 79.5%	108 78.8%	224
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```

data: tabell
t = 1.9977, df = 9, p-value = 0.07684
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -3.746872 60.346872
sample estimates:
mean of x
 28.3
    
```

Tabell 7 viser at respondentene i begge grupper i stor grad er enige om at påstanden ikke er sann. 79,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa er uenige, og 13,7 prosent er delvis uenige. I kontrollgruppa er 78,8 prosent uenige og 16,1 prosent delvis uenige. Om verdiene «uenig» og «delvis uenig» slås sammen, er oppslutningen om disse verdiene for intervensjonsgruppa 93,2 prosent og for kontrollgruppa 94,9 prosent.

Funnet indikerer at respondentene i begge grupper har tro på at de som har bestemt seg for å ta sitt eget liv kan hjelpes. Variabelen viser ingen signifikant forskjell. T-testen gir *p*-verdi på 0,077.

Så følger variabelen «En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene».

**Tabell 8 «En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	0 0.0%	3 2.2%	3
Delvis enig	0 0.0%	1 0.7%	1
Hverken enig eller uenig	2 1.4%	7 5.1%	9
Delvis uenig	4 2.7%	8 5.8%	12
Uenig	140 95.9%	118 86.1%	258
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

```

data: tabell
t = 1.6761, df = 9, p-value = 0.128
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -9.895638 66.495638
sample estimates:
mean of x
 28.3
    
```

Tabell 8 viser at 95,9 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa er uenige i påstanden mot 86,1 prosent av respondentene i kontrollgruppa.

Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene. *P*-verdien måles til 0,128. Respondentene i begge gruppene har kunnskap om at det ikke stemmer at «en bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene».

Deretter måles respondentenes holdning til påstanden «De fleste selvmord skjer uten forvarsler»

**Tabell 9 «De fleste selvmord skjer uten forvarsler».**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	2 1.4%	2 1.5%	4
Delvis enig	6 4.1%	16 11.7%	22
Hverken enig eller uenig	31 21.2%	35 25.5%	66
Delvis uenig	58 39.7%	44 32.1%	102
Uenig	49 33.6%	40 29.2%	89
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```

data: tabell
t = 4.3679, df = 9, p-value = 0.001803
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 13.64323 42.95677
sample estimates:
mean of x
 28.3
    
```

Tabell 9 viser ujevn fordeling mellom de to gruppene. Når verdiene «uenig» og «delvis uenig» slås sammen blir prosentandelen for intervensjonsgruppa 73,3 prosent og for kontrollgruppa 61,3 prosent.

Det er signifikant forskjell mellom gruppene, med *p*-verdi på 0,002. Funnet viser at respondentene i intervensjonsgruppa i større grad er kjent med at «de fleste som tar sitt eget liv sender ut forvarsler i forkant av selvmordet» enn respondentene i kontrollgruppa.

Neste variabel måler respondentens holdning til påstanden: «Mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, gjør det ikke».

**Tabell 10 «Mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, gjør det ikke».**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	1 0.7%	1 0.7%	2
Hverken enig eller uenig	36 24.7%	50 36.5%	86
Delvis uenig	38 26.0%	39 28.5%	77
Uenig	71 48.6%	47 34.3%	118
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```

data: tabell
t = 4.1846, df = 7, p-value = 0.004113
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 15.38559 55.36441
sample estimates:
mean of x
 35.375
    
```

Tabell 10 viser at begge grupper i all hovedsak fordeler seg på verdiene «hverken enig eller uenig», «delvis uenig» og «uenig». 48,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har krysset av for verdien «uenig» mot 34,3 prosent i kontrollgruppa.

Det måles en signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa med  $p$ -verdi på 0,004. Det er sannsynlig at respondentene i intervensjonsgruppa i større grad har kunnskap om at mennesker som snakker om å ta sitt eget liv kan komme til å handle på tanken, enn respondentene i kontrollgruppa.

Siste holdningsvariabel respondentene tar stilling til er: «De fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve».

**Tabell 11 «De fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve».**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Enig	54 37.0%	25 18.2%	79
Delvis enig	46 31.5%	45 32.8%	91
Hverken enig eller uenig	22 15.1%	40 29.2%	62
Delvis uenig	17 11.6%	16 11.7%	33
Uenig	7 4.8%	11 8.0%	18
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```

data: tabell
t = 5.3998, df = 9, p-value = 0.0004331
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 16.4441 40.1559
sample estimates:
mean of x
 28.3
    
```

Tabell 11 viser at 37,0 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa er enige i påstanden mot 18,2 prosent i kontrollgruppa. Om verdiene «enig» og «delvis enig» slås sammen blir tallene 68,5 prosent for intervensjonsgruppa og 51 prosent for kontrollgruppa. Verdien «hverken enig eller uenig» måles til 15,1 prosent for intervensjonsgruppa og 29,2 prosent for kontrollgruppa.

Forskjellen mellom de to gruppene i utvalget er signifikant, med  $p$ -verdi på 0,0004. Dette indikerer at respondentene i intervensjonsgruppa i større grad har kunnskap om at «de fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve» enn respondentene i kontrollgruppa.

#### 4.2.5 Hjelpernes bevissthet om egne holdninger

Respondentene ble deretter bedt om å svare på følgende spørsmål: «Har du tenkt gjennom dine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord?»

**Tabell 12 «Har du tenkt gjennom dine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	87 59.6%	59 43.1%	146
I noen grad	36 24.7%	51 37.2%	87
I liten grad	13 8.9%	21 15.3%	34
Nei	6 4.1%	4 2.9%	10
Vet ikke	4 2.7%	2 1.5%	6
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

One Sample t-test

```
data: tabell
t = 3.0756, df = 9, p-value = 0.01323
alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 7.484739 49.115261
sample estimates:
mean of x
 28.3
```

Tabell 12 viser at 59,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa svarer «ja» på spørsmålet mens 43,1 prosent av respondentene i kontrollgruppa svarer «ja». 24,7 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa svarer «i noen grad» mot 37,2 prosent i kontrollgruppa. I intervensjonsgruppa svarer 8,9 prosent «i liten grad», mot 15,3 prosent i kontrollgruppa.

Det er signifikant forskjell mellom gruppene, med  $p$ -verdi målt til 0,013. Variabelen viser at det er sannsynlig at de som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har «tenkt gjennom sine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord» i større grad enn de som ikke har deltatt på kurset.

#### **4.2.6 Tematikkens aktualitet og hjelpernes årvåkenhet**

For å finne svar på hvor aktuell selvmordsproblematikken er for respondentene i deres arbeidshverdag, etterfølges holdningsvariablene av variabelen: «Hvor ofte vil du anslå at selvmord er tema i samtalene du har med klienter/brukere/pasienter i din nåværende jobb?»



**Tabell 13 «Hvor ofte vil du anslå at selvmord er tema i samtalene du har med klienter/brukere/pasienter i din nåværende jobb?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Hver uke	9 6.2%	8 5.8%	17
1 – 4 ganger i måneden	39 26.7%	27 19.7%	66
1 – 4 ganger i halvåret	34 23.3%	25 18.2%	59
1 – 4 ganger i året	29 19.9%	24 17.5%	53
Sjeldnere enn 1 gang i året	35 24.0%	53 38.7%	88
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Tabell 13 viser at det er få respondenter som har samtaler om selvmord hver uke, henholdsvis 6,2 prosent i intervensjonsgruppa og 5,8 prosent i kontrollgruppa. De neste fire verdiene fordeler seg ganske likt i de to gruppene. Det er 26,7 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa som har samtaler om selvmord en til fire ganger i måneden mot 19,7 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Det er 23,3 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa som har samtaler en til fire ganger i halvåret mot 18,2 prosent i kontrollgruppa. 19,2 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har samtaler om temaet en til fire ganger i året, mot 17,5 prosent i kontrollgruppa. På verdien «Sjeldnere enn en gang i året» er forskjellen størst. 24,0 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysser av for denne verdien, mens 38,7 prosent i kontrollgruppa oppgir at de har samtaler om selvmord med klienter, brukere eller pasienter «sjeldnere enn en gang i året».

Ut fra variabelen har respondentene i intervensjonsgruppa kan noe oftere samtaler der selvmord er tema enn respondentene i kontrollgruppa. Svarene viser imidlertid at respondentene i begge grupper relativt ofte har samtaler om selvmord i jobbsammenheng.

Så følger variabelen: «Har du noen gang i jobbsammenheng eller privat, blitt bekymret for om et menneske har selvmordstanker?»

**Tabell 14 «Har du noen gang i jobbsammenheng eller privat, blitt bekymret for om et menneske har selvmordstanker?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	141 96.6%	125 91.2%	266
Nei/ Vet ikke	5 3.4%	12 8.8%	17
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi<sup>2</sup> = 3.562143      d.f. = 1      p = 0.0591

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

Chi<sup>2</sup> = 2.680003      d.f. = 1      p = 0.102  
Minimum expected frequency: 8.229682

Tabell 14 viser at 96,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa svarer «ja». I kontrollgruppa svarer 91,0 prosent «ja». Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene, med *p*-verdi 0,059. Svarene viser at svært mange hjelpere i begge grupper har opplevd bekymring for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv.

Deretter svarer respondentene på variabelen: «Hvor mange ganger har du opplevd bekymring for om et menneske har selvmordstanker».

**Tabell 15 «Hvor mange ganger har du opplevd bekymring for om et menneske har selvmordstanker?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Aldri	5 3.4%	12 8.8%	17
1 – 2	10 6.8%	24 17.5%	34
3 – 5	39 26.7%	32 23.4%	71
6 – 12	26 17.8%	16 11.7%	42
Flere enn 12	53 36.3%	35 25.5%	88
Vet ikke	13 8.9%	18 13.1%	31
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Tabell 15 viser at 6,8 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa oppgir å ha blitt bekymret en til to ganger mot 17,5 prosent i kontrollgruppa. På verdien «3–5» ganger er svarene relativt like med 26,7 prosent i intervensjonsgruppa og 23,4 prosent i kontrollgruppa. 17,8 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har krysset av for verdien «6–12» ganger mot 11,7 prosent i kontrollgruppa. Videre oppgir 36,3 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa å ha blitt bekymret flere enn 12 ganger mot 25,5 prosent i kontrollgruppa.

Jeg valgte å samle verdiene på denne variabelen i to grupper og lage en krysstabell.

**Tabell 16 «Hvor mange ganger har du opplevd bekymring for om et menneske har selvmordstanker?»Verdiene gruppert i færre enn 6 ganger og flere enn 6 ganger.**

	Intervensjonsgruppe (N=133)	Kontrollgruppe (N=119)	Total
Færre enn 6 ganger	54 40.6%	68 57.1%	122
Flere enn 6 ganger	79 59.4%	51 42.9%	130
Total	133 52.8%	119 47.2%	252

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi<sup>2</sup> = 6.880786      d.f. = 1      p = 0.00871

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

Chi<sup>2</sup> = 6.234402      d.f. = 1      p = 0.0125  
Minimum expected frequency: 57.61111

I tabell 16 er verdiene «Aldri», «1–2» ganger og «3–5» ganger slått sammen og gruppert under betegnelsen: «Færre enn 6 ganger». Verdiene «6–12» ganger og «flere enn 12 ganger» er slått sammen og gruppert under betegnelsen: «Flere enn 6 ganger». Verdien «Vet ikke» valgte jeg å utelate.

40,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for færre enn seks ganger, mot 57,1 prosent av respondentene i kontrollgruppa. 59,4 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for flere enn seks ganger mot 42,9 prosent i kontrollgruppa.

Respondentene i begge grupper har opplevd bekymring mange ganger. Forskjellen mellom gruppene er signifikant, med *p*-verdi på 0,009. Funnet viser at respondentene i intervensjonsgruppa har opplevd bekymring for selvmordstanker flere ganger enn respondentene i kontrollgruppa.

De neste variablene måler hva respondentene gjorde da de opplevde bekymring. Her har noen færre respondenter svart. *N* = 141 i intervensjonsgruppa og *N* = 125 i kontrollgruppa. Det skyldes at de som enda ikke har opplevd bekymring, har svart på de alternative hypotetiske variablene om hva de tror de vil gjøre dersom de opplever bekymring, *N* = 5 i intervensjonsgruppa og *N* = 12 i kontrollgruppa.

«Hva gjorde du da du opplevde bekymring for om personen/personene kunne ha tanker om å ta sitt eget liv?»

**Tabell 17** «Hva gjorde du da du opplevde bekymring for om personen/personene kunne ha tanker om å ta sitt eget liv?»

Variabler:	Intervensjons- gruppe (N = 141)		Kontrollgruppe (N = 125)		$\chi^2$	p-verdi
a) Jeg var usikker på om vedkommende tenkte på selvmord eller om jeg tok feil, så jeg valgte å ikke foreta meg noe.	6	4,3%	12	9,6%	3	0,083
b) Personen passet ikke inn i noen av risikogruppene jeg kjenner til, så Jeg avfeide min egen bekymring.	1	0,7%	0	0,0%	0,89	0,346
c) Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Så spurte jeg direkte om selvmordstanker.	108	76,6%	73	58,4%	10,089	0,001
d) Jeg var redd for å sette vedkommende på tanken ved å spørre, så jeg spurte ikke.	1	0,7%	2	1,6%	0,471	0,492
e) Jeg har ikke kompetanse til å snakke med mennesker om selvmordstanker, så jeg nærmet meg ikke temaet.	2	1,4%	5	4,0%	1,723	0,189
f) Jeg spurte direkte om vedkommende hadde selvmordstanker.	90	63,80%	54	43,2%	11,357	0,001
g) Jeg mener selvmord er et privat anliggende, og jeg røpet ikke bekymringen min.	0	0,00%	0	0,0%	–	–
h) Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Bekymringen for selvmordstanker forsvant så vi kom aldri inn på temaet selvmord.	28	19,9%	28	22,4%	0,258	0,612
i) På arbeidsplassen min har jeg hverken tid eller mulighet til å involvere meg i samtaler om selvmord, så jeg lot bekymringen ligge.	0	0,0%	0	0,0%	–	–
j) Jeg turte ikke spørre om selvmordstanker for jeg var redd for å få et bekræftende svar.	0	0,0%	1	0,8%	1,132	0,287
k) Ingen av alternativene passer.	9	6,4%	23	18,4%	9,041	0,003

Som tabell 17 viser, er det en opphopning av svar på variabel «c» og variabel «f». Variabel «c»: «Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Så spurte jeg direkte om selvmordstanker». I intervensjonsgruppa har 76,6 prosent av respondentene krysset av for denne variabelen mot 58,4 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Her måles  $p$ -verdien til 0,001 og viser at forskjellen mellom gruppene er signifikant.

For variabel «f», «Jeg spurte direkte om vedkommende hadde selvmordstanker», er det 63,8 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa og 43,2 prosent av respondentene i kontrollgruppa som har krysset av. Selv om forskjellen mellom gruppene er signifikant med  $p$ -verdi på 0,001, har forholdsvis mange respondenter krysset av på variabelen.

Variablene viser at flere respondenter som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare stiller spørsmålet om selvmordstanker ved bekymring enn respondenter som ikke har deltatt på kurset.

For variabel «k», «Ingen av alternativene passer», har relativt få respondenter krysset av, henholdsvis 6,4 prosent i intervensjonsgruppa og 18,4 prosent i kontrollgruppa. Det måles imidlertid en signifikant forskjell mellom gruppene med  $p$ -verdi på 0,003. Tallet viser at de preformulerte svarene passet bedre for respondentene i intervensjonsgruppa enn respondentene i kontrollgruppa. Samtlige av dem som har krysset av for variabel «k», har benyttet anledningen til med frie ord å skrive hva de faktisk gjorde da de opplevde bekymring. Jeg vurderte problemstillingen og forskningsspørsmålene som tilstrekkelig belyst uten å inkludere og gjennomføre analyser av disse svarene.

På neste variabel svarer respondentene på om de har fått kjennskap til at et menneske har selvmordstanker uten å selv stille spørsmålet: «Har noen, uten at du har spurt, fortalt deg direkte at han/hun har selvmordstanker?»

**Tabell 18 «Har noen, uten at du har spurt, fortalt deg direkte at han/hun har selvmordstanker?»**

```

=====
Verdi:      Intervensjonsgruppe   Kontrollgruppe   Total
           (N=146)              (N=137)         (N=283)
-----
Ja         107                      100              207
           73.3%                   73.0%
-----
Nei        34                       33               67
           23.3%                   24.1%
-----
Vet ikke   5                        4                9
           3.4%                    2.9%
-----
Total      146                      137              283
           51.6%                   48.4%
=====

```

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

-----  
Chi^2 = 0.07660986      d.f. = 2      p = 0.962

Minimum expected frequency: 4.35689  
Cells with Expected Frequency < 5: 2 of 6 (33.33333%)

Her viser tabell 18 at verdiene fordeler seg likt mellom gruppene. 73 prosent av respondentene i hver gruppe har fått kjennskap til en annens selvmordstanker ved at vedkommende har fortalt om sine selvmordstanker direkte.

Neste variabel måler om respondentene eksplisitt har stilt spørsmålet om selvmordstanker: «Har du noen gang stilt en person et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?»

**Tabell 19 «Har du noen gang stilt en person et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	122 83.6%	94 68.6%	216
Nei / Vet ikke / Ubesvart	24 16.4%	43 31.4%	67
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi<sup>2</sup> = 8.74031      d.f. = 1      p = 0.00311

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

Chi<sup>2</sup> = 7.932625      d.f. = 1      p = 0.00486  
Minimum expected frequency: 32.43463

Tabell 19 viser at 83,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa og 68,6 prosent av respondentene i kontrollgruppa har krysset av for at de har stilt en person direkte spørsmål om selvmordstanker.

Forskjellen er signifikant, med *p*-verdi på 0,003. Resultatet viser at det med stor grad av sannsynlighet kan fastslås at respondenter som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i større grad stiller spørsmålet om selvmordstanker enn respondenter som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset.

Respondentene som svarte «ja» på spørsmålet om de har stilt spørsmålet om selvmordstanker fikk også spørsmålet: «Hvor mange ganger har du stilt en person spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?» 122 respondenter i intervensjonsgruppa og 94 i kontrollgruppa fikk dette spørsmålet.



**Tabell 20 «Hvor mange ganger har du stilt en person spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=122)	Kontrollgruppe (N=94)	Total (N=216)
1 - 2	25 20.5%	30 31.9%	55
3 - 6	30 24.6%	25 26.6%	55
7 - 12	13 10.7%	6 6.4%	19
flere enn 12	41 33.6%	21 22.3%	62
Vet ikke	13 10.7%	12 12.8%	25
Total	122 56.5%	94 43.5%	216

Som tabell 20 viser, krysser 20,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa av for «1–2» ganger mot 31,9 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Gruppene krysser av omtrent likt på verdien «3–6» ganger, henholdsvis 24,6 prosent for intervensjonsgruppa og 26,6 prosent for kontrollgruppa. Verdien «7–12» viser en forskjell mellom gruppene der 10,7 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa mot 6,4 prosent i kontrollgruppa krysset av. Videre viser også verdien «flere enn 12» ganger en forskjell, der 33,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa mot 22,3 prosent av respondentene i kontrollgruppa krysset av.

Jeg valgte å samle verdiene på denne variabelen i to grupper og lage en krysstabell.

**Tabell 21 «Hvor mange ganger har du stilt en person spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?» Verdiene gruppert i færre enn 7 ganger og flere enn 7 ganger.**

	Intervensjonsgruppe (N=109)	Kontrollgruppe (N=82)	Total
Færre enn 7 ganger	55 50.5%	55 67.1%	110
Flere enn 7 ganger	54 49.5%	27 32.9%	81
Total	109 57.1%	82 42.9%	191

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi<sup>2</sup> = 5.288935      d.f. = 1      p = 0.0215

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

Chi<sup>2</sup> = 4.630548      d.f. = 1      p = 0.0314  
Minimum expected frequency: 34.77487

I tabell 21 er verdiene «1 – 2» ganger og «3 – 6» ganger slått sammen og gruppert under betegnelsen: «Færre enn 7 ganger». Verdiene «7 – 12» ganger og «flere enn 12 ganger» er slått sammen og gruppert under betegnelsen: «flere enn 7 ganger». Verdien «Vet ikke» valgte jeg å utelate.

50 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for færre enn syv ganger mot 66,1 prosent av respondentene i kontrollgruppa. 49 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for flere enn 7 ganger mot 32,9 prosent i kontrollgruppa. Det er en signifikant forskjell mellom gruppene med *p*-verdi 0,022.

Funnet viser at respondentene i intervensjonsgruppa har stilt spørsmålet om selvmordstanker flere ganger enn respondentene i kontrollgruppa.

#### **4.2.7 Hjelpenes handlingskompetanse etter bekreftede selvmordstanker**

Nå følger variabler som har til hensikt å måle hva respondentene gjorde med svaret/svarene som bekreftet selvmordstanker: «Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene? (Du kan sette flere kryss)». Også her er det noen færre respondenter som har svart. *N* = 131 i intervensjonsgruppa og *N* = 115 i kontrollgruppa. Det skyldes at det bare er respondenter som enten har stilt spørsmålet om selvmordstanker, eller fått kjennskap til en annens selvmordstanker uten å stille spørsmålet, som har svart. Resten av respondentene har forholdt seg til de alternative hypotetiske variablene.

Tabell 22 «Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene? (Du kan sette flere kryss)»

Variabler:	Intervensjons- gruppe (N = 131)		Kontrollgruppe (N = 115)		$\chi^2$	p
a) Jeg lyttet til personens historie om hva som lå til grunn for selvmordstankene. Så hjalp jeg vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kunne beskytte sitt eget liv.	87	66,4%	55	47,8%	8,669	0,003
b) Jeg ba om hjelp fra en kollega som tok over.	8	6,1%	19	16,5%	6,798	0,00912
c) Jeg spurte personen om han/hun hadde tenkt på metode. Siden personen ikke hadde det snakket vi videre om noe annet.	19	14,5%	6	5,2%	5,785	0,0162
d) Jeg kom med forslag til hvordan livet kunne bli bedre.	22	16,8%	19	16,5%	0,00326 58	0,954
e) Jeg foreslo å hjelpe personen i kontakt med en som kunne mer enn meg. Han/hun ville ikke at andre skulle vite om selvmordstankene, så vi snakket videre sammen og lagde en ny avtale.	21	16,0%	23	20,0%	0,65699 8	0,418
f) Jeg hjalp vedkommende i kontakt med lege /legevakta for en selvmordsrisiko-vurdering.	69	52,7%	53	46,1%	1,06220 4	0,303
g) Personen var ute av stand til å samarbeide med meg så jeg ringte nødetatene.	13	9,9%	12	10,4%	0,01753 27	0,895
h) Jeg henviste personen til en annen hjelper for videre hjelp.	27	20,6%	33	28,7%	2,17	0,141
i) Jeg sjekket ut risiko ved å spørre om vedkommende hadde tenkt på metode, hadde forsøkt å ta livet sitt tidligere, fikk hjelp for psykiske helseplager eller rusa seg mer nå enn vanlig. Så laget vi en plan for hva personen hadde behov for av hjelp for å beskytte livet mot selvmord.	62	47,3%	41	35,7%	3,43	0,064
j) Personen ville ikke snakke om selvmordstankene så, vi skiftet samtaletema.	5	3,8%	5	4,3%	0,04428	0,833
k) Ingen av alternativene passet.	9	6,9%	10	8,7%	0,28632	0,593

Tabell 22 viser at respondentene sprer seg på de fleste handlingsvariablene. Det var få som krysset av for alternativ «k», ingen av alternativene passet. Det kan indikere at jeg har truffet ganske godt med valg av preformulerte svaralternativer. Det observeres imidlertid en opphopning for variablene «a», «i» og «f».

Variabel «a»: «Jeg lyttet til personens historie om hva som lå til grunn for selvmordstankene. Så hjalp jeg vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kunne beskytte sitt eget liv». 66,4 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for denne variabelen mot 47,8 prosent i kontrollgruppa. Det måles en signifikant forskjell på variabelen, med  $p$ -verdi på 0,003. Respondentene i intervensjonsgruppa lytter i større grad til historien om hva som ligger til grunn for selvmordstankene og hjelper til med å lage en plan for hvordan livet til personen kan beskyttes enn respondentene som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset.

Variabel «i»: «Jeg sjekket ut risiko ved å spørre om vedkommende hadde tenkt på metode, hadde forsøkt å ta livet sitt tidligere, fikk hjelp for psykiske helseplager eller rusa seg mer nå enn vanlig. Så laget vi en plan for hva personen hadde behov for av hjelp for å beskytte livet mot selvmord». 47,3 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for denne variabelen mot 35,7 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Det observeres en forskjell mellom gruppene, men denne er ikke signifikant.  $P$ -verdien er 0,064. Variabelen er komplisert med mange faktorer, som kan åpne for ulike tolkningsmuligheter. Den kan forstås slik at *alle* risikofaktorene må være sjekket ut for at variabelen kan velges. Eller den kan forstås slik at så lenge *noen* av risikofaktorene er sjekket ut, er det greit å krysse av for variabelen.

Variabel «f»: «Jeg hjalp vedkommende i kontakt med lege/legevakta for en selvmordsrisikovurdering». Mange respondenter har krysset av for denne variabelen, 52,7 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa og 46,1 prosent i kontrollgruppa. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene,  $p$ -verdien måles til 0,303.

Jeg trekker og fram variabel «b»: «Jeg ba om hjelp fra en kollega som tok over», der 6,1 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har krysset av mot 16,5 prosent i kontrollgruppa. Det måles en signifikant forskjell mellom gruppene med  $p$ -verdi på 0,009. Det innebærer at færre av respondentene i intervensjonsgruppa spør om hjelp fra en kollega når selvmordstankene er identifisert og bekreftet enn respondentene i kontrollgruppa.

Det måles videre en signifikant forskjell mellom gruppene på variabel «c»: «Jeg spurte personen om han/hun hadde tenkt på metode. Siden personen ikke hadde det, snakket vi videre om noe annet». Relativt få respondenter har krysset av for dette svaralternativet, 14,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa og 5,2 prosent i kontrollgruppa. Siden det er uklart hva ordet «annet» innebærer, kan svaralternativet forstås på flere måter. Det kan innebære: «...snakket vi videre om noe annet enn selvmordstankene», eller «...snakket vi videre om noe annet enn metoden». På grunn av flertydigheten i formuleringen og relativt få svar, valgte jeg å se bort fra denne variabelen i diskusjonen.

#### 4.2.8 Hjelpenes opplevelse av førstehjelps kompetanse

Siste variabel er ment å måle respondentenes opplevelse av førstehjelps kompetanse: «Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?»

**Tabell 23 «Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?»**

Verdi:	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total (N=283)
Ja	46 31.5%	8 5.8%	54
I noen grad	87 59.6%	57 41.6%	144
I liten grad	6 4.1%	35 25.5%	41
Nei	4 2.7%	35 25.5%	39
Vet ikke	3 2.1%	2 1.5%	5
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Tabell 23 viser at 31,5 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa har krysset av for «ja», mot 5,8 prosent av respondentene i kontrollgruppa. 59,6 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa svarer «i noen grad» mot 41,6 prosent i kontrollgruppa. 4,1 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa svarer at de «i liten grad» opplever å ha den kompetansen de trenger, mot 25,5 prosent av respondentene i kontrollgruppa. Videre har 2,1 prosent av respondentene i intervensjonsgruppa krysset av for «nei», mot 25,5 prosent av respondentene i kontrollgruppa.

Jeg valgte å samle verdiene på denne variabelen i to grupper og lage en krysstabell.

**Tabell 24 «Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?»**  
Verdiene gruppert i Ja / i noen grad og Nei / i liten grad

	Intervensjonsgruppe (N=146)	Kontrollgruppe (N=137)	Total
Ja / I noen grad	133 91.1%	65 47.4%	198
Nei / I liten grad	13 8.9%	72 52.6%	85
Total	146 51.6%	137 48.4%	283

Statistics for All Table Factors

Pearson's Chi-squared test

Chi<sup>2</sup> = 64.08507      d.f. = 1      p = 1.19e-15

Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

Chi<sup>2</sup> = 62.0247      d.f. = 1      p = 3.39e-15  
Minimum expected frequency: 41.14841

Tabell 24 viser verdiene «ja» og «i noen grad» sammenslått. I intervensjonsgruppa krysset 91,1 prosent av respondentene av for disse verdiene mot 47,4 prosent i kontrollgruppa. Slås verdiene «i liten grad», «nei» og «vet ikke» sammen er andelen for intervensjonsgruppa 8,9 prosent mot 52,6 prosent for kontrollgruppa.

Forskjellen mellom gruppene er signifikant og *p*-verdien er tilnærmet null. Funnet viser at respondentene i intervensjonsgruppa i større grad enn respondentene i kontrollgruppa opplever å ha den kompetansen de trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare.

#### 4.2.9 Oppsummering

Funnene i spørreundersøkelsen viser at det på flere variabler er signifikante forskjeller mellom respondenter som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare og respondenter som ikke har deltatt på kurset. Det er også gjort interessante funn som ikke handler om forskjeller mellom gruppene, men om et generelt høyt kunnskapsnivå om tematikken selvmord som kan synes å være svært aktuell og relevant i arbeidshverdagen for de fleste respondentene.

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer jeg funn fra spørreundersøkelsen og ser disse i sammenheng med funn fra litteratursøket. Videre forsøker jeg å belyse funn knyttet til hjelpernes atferd ved å relatere disse til Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd. I dette kapitlet omtaler jeg respondentene i spørreundersøkelsen som hjelperne/hjelpere.

### 5.1 Om holdninger, kunnskap og myter om selvmord

I dette avsnittet drøfter jeg funn som belyser hjelpernes holdninger til og kunnskap om selvmord og selvmordsatferd. I boka *Definition of Suicide* (2004) avkrefter Shneidman mytene og oppfatningene om selvmord og selvmordsatferd, som er inkludert i oppgaven. Mehlum gjør det samme i boka *Tilbake til livet* (2014). De avkrefter myter og oppfatninger som at bare mennesker med visse kjennetegn og som tilhører en risikogruppe kan få tanker om selvmord og myten om at de som har bestemt seg for å ta sitt eget liv, ikke kan hjelpes. Videre stemmer det ikke at de fleste selvmord skjer uten forvarsler, og heller ikke at mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, ikke gjør det. En setter heller ikke noen på tanken om å ta sitt eget liv ved å stille spørsmålet om selvmordstanker, og det er ikke slik at en bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene. Forskning bekrefter at de fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve (Shneidman, 2014, s. 44; Mehlum, 2014, s. 134–137).

Funn fra spørreundersøkelsen viser at mange hjelpere har holdninger og grunnleggende kunnskap om at flere myter om selvmord og selvmordsatferd ikke stemmer med virkeligheten. Når det kommer til myter og oppfatninger som kan påvirke hjelperens forutsetninger for å oppdage og gi førstehjelp, går det imidlertid et skille mellom hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset og hjelperne som ikke har deltatt på kurset.

Funn knyttet til holdningsvariabelen «Bare mennesker med visse kjennetegn som tilhører en risikogruppe kan få tanker om å ta sitt eget liv», viser at 90 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 87 prosent av hjelperne i kontrollgruppa er uenige i påstanden (jfr. tabell 5). Tilsvarende er 93 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 95 prosent av

hjelperne i kontrollgruppa uenige eller delvis uenige i at «De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv ikke kan hjelpes» (jfr. tabell 7). Variabelen: «En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene» viser at 96 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa er uenige i påstanden mot 86 prosent av hjelperne i kontrollgruppa.

Det var ikke signifikante forskjeller mellom hjelperne i intervensjonsgruppa og hjelperne i kontrollgruppa på verdiene til de overnevnte variablene/påstandene. Men en svært stor andel av hjelperne i begge grupper har kunnskap om at mytene ikke stemmer med virkeligheten. Det indikerer at kunnskap som avkrefter disse mytene er tilgjengelig flere steder.

Norge har lenge satset på kunnskapsformidling om selvmord og selvmordsatferd både til generalister og spesialister, siden «Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994 – 1998» var ferdig (Statens helsetilsyn, 1995). I gjeldende handlingsplan, «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017», sorterer Førstehjelpskurset under delmål fire: «Et kunnskapsbasert tjenesteapparat» (Helsedirektoratet, 2015, s. 34). Funn knyttet til disse variablene kan tyde på at Norge har kommet forholdsvis langt når det gjelder formidling av kunnskap om selvmord og selvmordsatferd til hjelpere i kommunenes førstelinje.

Hjelperne i intervensjonsgruppa fikk kunnskap om selvmord og selvmordsatferd gjennom Førstehjelpskurset, men kan også ha fått kunnskap fra annet hold. Det kan være kunnskap gjennom utdanning, andre kurs eller opplæring, og media kan ha medvirket til kunnskap.

Egne erfaringer er en annen kilde til holdningsdannelse og kunnskap. Funn fra spørreundersøkelsen viser at nesten alle hjelperne har opplevd bekymring i jobbsammenheng eller privat for om et menneske kan ha tanker om å ta sitt eget liv (jfr. tabell 14). Funn i undersøkelsen viser videre at mange hjelpere har fått kjennskap til andres selvmordstanker (jfr. tabell 18 og 19) og har erfaring fra samtaler med klienter, brukere eller pasienter om selvmord (jfr. tabell 13). Det kan bety at hjelperne i tillegg til kunnskap formidlet av andre, har tilegnet seg holdninger og kunnskap gjennom egne erfaringer i praksisfeltet og i livet forøvrig.

Resultatene fra de fire andre holdningsvariablene viste interessante funn med signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Kunnskap og holdninger knyttet til



disse variablene kan ha innvirkning på hjelpernes forutsetninger for å oppdage mennesker i selvmordsfare og gi førstehjelp.

Holdningsvariabelen «De fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve» viser at 69 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa er enige eller delvis enige i påstanden, mot 51 prosent av hjelperne i kontrollgruppa. *P*-verdi er 0,004 (jfr. tabell 11). 73 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 61 prosent av hjelperne i kontrollgruppa er uenige eller delvis uenige i at «de fleste selvmord skjer uten forvarsler», *p*-verdi målt til 0,002 (jfr. tabell 19). Videre er 75 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 63 prosent av hjelperne i kontrollgruppa uenige eller delvis uenige i at «mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, ikke gjør det», *p*-verdi målt til 0,004.

Kunnskap om ambivalens og usikkerhet kan ha betydning for hjelperens tro på at det vil være mulig å gi førstehjelp (Shneidman, 1996, s. 133). Kunnskap om ambivalens bærer med seg et håp for hjelperen om at det kan være mulig å hjelpe den selvmordsnære til å oppdage at det kan finnes flere valgmuligheter i situasjonen enn selvmord (Shneidman, 2004, s. 135). Håpet kan gi hjelperen mot til å involvere seg ved bekymring for selvmordstanker. Shneidman (1996, s. 133) skriver det slik:

Felles for personer i selvmordsfare er en tilstand av ambivalens: Å føle at man må gjøre det, samtidig som man håper på intervensjon (...). Det er denne sterke ambivalensen som gir oss et moralsk imperativ om klinisk intervensjon. I kampen mellom liv og død. Hvorfor skal ikke en hver sivilisert person da kjempe for å støtte livet? (Shneidman, 1996, s. 133 – min oversettelse, A.S.).

Hjelperen kan øyne håp og motiveres til å involvere seg og gi førstehjelp ut fra kunnskapen om at de fleste som tenker på selvmord, er ambivalente i valget om å dø eller leve. Funn viser videre at hjelperer som har deltatt på Førstehjelpskurset i større grad enn hjelperer som ikke har deltatt på kurset har kunnskap om at de fleste som tenker på å ta sitt eget liv sender ut faresignaler. Kunnskapen kan gjøre dem bedre i stand til å fange opp faresignaler som sendes ut og derved bidra til at de lettere oppdager mennesker i selvmordsfare.

Funnene viser videre at hjelperne med førstehjelpskurs vet at de som snakker om selvmord kan komme til å ta sitt eget liv. De vet det er viktig å ta personer som snakker om selvmord på

alvor, at de må snakke med vedkommende om hva det den selvmordsnære formidler til dem betyr.

Variabelen «Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg komme til å sette vedkommende på tanken» viser at 77 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa er uenige i påstanden, mot 54 prosent i kontrollgruppa. *P*-verdien ble målt til 0,001 (jfr. tabell 6). Funnet tyder på at hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset har tilegnet seg holdninger og kunnskap om gjør dem trygge på at de ikke setter noen på tanken om å ta sitt eget liv ved å stille spørsmålet om selvmordstanker (Lang et al., 2014).

Funnene på disse fire holdningsvariablene viser at hjelpere som har deltatt på førstehjelpskurset har holdninger og kunnskap som gir dem gode forutsetninger for å oppdage mennesker i selvmordsfare og gi førstehjelp.

Funnene fra holdningsvariablene støtter opp om funn fra flere av de utenlandske studiene som er inkludert i oppgaven. Metastudien av gatekeepertraining (Isaac et al., 2009), studien til Smith et al. (2013) hvor sammenhengen mellom deltakelse på ASIST og deltakernes holdninger, kunnskap og tro på egne ferdigheter ble undersøkt og studien av hjelpere i helse- og sosialsektoren i syv amerikanske stater (Silva et al., 2016) viste at hjelpere som har gjennomført Førstehjelpskurset/ASIST scorer høyere på variabler knyttet til holdninger og kunnskap. Funnene støtter også opp om funn i de to store metastudiene som er utført av Mann et al., (2005) og Zahlsman et al., (2016). Også disse studiene fremhever opplæringens positive betydning for hjelpernes holdninger til og kunnskap om selvmord og intervensjon ved selvmordsfare.

## **5.2 Hjelperens bevissthet om egne holdninger**

Kompetanse til å gi førstehjelp innebærer at hjelperen har en bevissthet om sine egne holdninger til tematikken (Ramsey, 2004). I det følgende drøfter jeg funn som belyser dette forholdet.

Hjelperens holdninger kan påvirke en intervensjon både i positiv og negativ retning. Derfor er det viktig at hjelperen har en forståelse av hvordan utøvelsen av førstehjelp henger sammen med hjelperens holdninger (Ramsey, 2004; Hjelmeland og Knizek, 2010).

Funn i undersøkelsen viser at så mange som 60 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa svarer at de har tenkt gjennom egne holdninger; sine erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord (Hogg og Vaughan, 2014, s. 150–151). 27 prosent svarer at de i noen grad har tenkt igjennom disse forholdene. Av hjelperne i kontrollgruppa svarer 43 prosent som svarer at de har tenkt gjennom sine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord og 37 prosent svarer «i noen grad» (jfr. tabell 12). Hjelperne i intervensjonsgruppa har en høyere score på variabelen, med  $p$ -verdi på 0,013.

Selv mord er fremdeles et tabubelagt tema mange forbinder med skam og stigma. Mangel på åpenhet i samfunnet, samt ubehaget og usikkerheten tematikken kan vekke, kan være en av grunnene til at mange ikke har et bevisst forhold til sine egne holdninger til selvmord. I møtet med et menneske som har behov for førstehjelp ved selvmordsfare, er det av stor betydning at hjelperen evner å fokusere på personen som trenger hjelp og hans eller hennes behov i situasjonen. Da er det viktig at hjelperens egne holdninger ikke kommer i veien. Hjelperen må regulere seg selv og sine egne holdninger i møtet med den andre til hans eller hennes beste. Dette er lettere å få til om hjelperen har en bevissthet om sine egne holdninger og et avklart forhold til sine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmordstematikken (Lang et al., 2014; Hjelmeland og Knizek, 2010).

Førstehjelpskurset anerkjenner kompleksiteten i selvmordstematikken og fokuserer i stor grad på bevisstgjøring av holdninger og sammenhengen mellom hjelperens holdninger og utøvelsen av førstehjelp ved selvmordsfare. Kursdeltakerne får mulighet til å dele erfaringer tanker og følelser knyttet til tematikken, og det er satt av tid til refleksjon over egne og andres holdninger (Ramsey, 2004; Tallaksen og Lindmark, 2015). Dette kan være en av forklaringene på at hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset i større grad enn hjelpere som ikke har deltatt på kurset, er bevisst sine egne holdninger til tematikken.

### 5.3 Årvåken for faresignaler

I dette avsnittet drøfter jeg funn som kan belyse hjelpernes kompetanse til å oppdage mennesker i selvmordsfare, deres årvåkenhet for faresignaler.

Så mange som 97 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 91 prosent av hjelperne i kontrollgruppa svarer at de har opplevd bekymring i jobbsammenheng, eller privat for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv (jfr. tabell 14). En bekymring for selvmordstanker kommer ikke av seg selv uten en foranledning. Når så mange hjelpere oppgir at de har opplevd bekymring, må det bety at hjelperne har fanget opp noen signaler som har vekket bekymringen. Det kan være noe en person har sagt eller gjort. Det kan handle om at hjelperen har fått kjennskap til hendelser i en persons liv som har påført vedkommende tap og psykisk smerte. Det kan også handle om at hjelperen har fått en fornemmelse av at noe ikke er som det skal, uten å kunne sette fingeren på hva det konkret handler om (Lang et al., 2014; Shneidman, 1996, s. 51–56).

Shneidman (1996, s. 7) skriver i boka *The Suicidal Mind*: «Practically every reader of these words has worried about suicide, directly or indirectly; has had moments of concern about a family member, a friend, or oneself». I boka *Tilbake til livet*, skriver Lars Mehlum (2014, s. 134): «...men det er likevel ingen som med sikkerhet kan regne med at han eller hun ikke kan bli berørt av selvmordsproblematikken». At selvmord er et fenomen som berører de aller fleste på en eller annen måte, kom tydelig fram i spørreundersøkelsen.

Funnet bekrefter oppfatningen om at selvmord synes å være et fenomen som de aller fleste hjelpere er berørt av og har opplevd bekymring for. Bekymring kan vitne om at hjelperne er i stand til å fange opp faresignaler og oppdage mennesker i selvmordsfare.

Mange av hjelperne i undersøkelsen har opplevd bekymring for selvmordstanker flere ganger. Variabelen «Hvor mange ganger har du opplevd bekymring for om et menneske har selvmordstanker» viser at hjelperne i intervensjonsgruppa har opplevd bekymring oftere enn hjelperne i kontrollgruppa. *P*-verdien ble målt til 0,009 (jfr. tabell 16).

Den mest nærliggende forklaringen er kanskje at disse hjelperne har vært på kurs. De har fått kunnskap om selvmord og selvmordsatferd, og vet at så mange som 5 prosent av den voksne

befolkningen har tanker om å ta sitt eget liv i løpet av et år (Goldney et al., 2000; Casey et al., 2006). Det er derved ikke så uvanlig å ha selvmordstanker. Hjelperne vet at selvmordstanker ikke bare rammer mennesker i såkalte risikogrupper, men at tanker om selvmord kan ramme alle (Rasmussen et al., 2017; Hjelmeland og Knizek, 2017; Mehlum, 2014, s. 134; Dyregrov, 2008). De vet videre at mennesker med selvmordstanker er ambivalente og kan ha behov for førstehjelp for å berge livet.

Under førstehjelpskurset er det fokus på hvilke signaler som ofte har sammenheng med selvmordstanker. Hjelperne lærer eksplisitt at det er lite fruktbart å fokusere på risikogrupper når det handler om å oppdage mennesker som kan ha behov for førstehjelp ved selvmordsfare. Hjelperne får tre holdepunkter som kan ha sammenheng med faresignaler knyttet til selvmordsfare: Opplevelse av tap, psykisk smerte, og om hjelperens intuisjon sier at noe ikke stemmer. Da er det grunn til å sjekke nærmere ut hva signalene betyr. Hjelperne lærer også hvilke oppgaver de kan utføre for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare (Lang et al., 2014).

Andre forklaringsmodeller til forskjellen mellom hjelperne i de to gruppene kan ikke utelukkes. En forklaring kan handle om at hjelpere som har deltatt på førstehjelpskurset arbeider på tjenestesteder hvor selvmordsproblematikken er en del av arbeidshverdagen, og at hjelperne ved det har mer trening i å fange opp faresignaler. Variabelen har ikke målt om hjelperne opplevde bekymringene før eller etter de deltok på Førstehjelpskurset. Variabelen gir heller ikke svar på om hjelperne meldte seg på førstehjelpskurset etter å ha opplevd bekymringer, eller om de ble mer årvåkne og opplevde bekymring hyppigere etter gjennomført kurs.

Funnene tyder imidlertid på at Førstehjelpskurset bidrar til å skjerpe hjelpernes årvåkenhet for faresignaler og gjør dem bedre i stand til å oppdage mennesker i selvmordsfare. Dette korresponderer med funn i studien til Cynthia et al. (2017) som viste at kursdeltakerne i større grad oppdaget ungdommer med selvmordstanker etter gjennomført førstehjelpskurs.

## 5.4 Å spørre om selvmordstanker

I dette avsnittet vil jeg drøfte funn som belyser hjelpernes handlingskompetanse relatert til hva de gjorde da de opplevde bekymring for om et menneske kunne ha tanker om å ta sitt eget liv.

Det kan synes som om hjelpere med Førstehjelpskurset opplever bekymring for om mennesker har selvmordstanker relativt ofte, og oftere enn hjelpere som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset. Det kan, som drøftet i avsnittet over, indikere at de har kompetanse til å fange opp faresignaler og oppdage mennesker som kan være i selvmordsfare. Men hva gjør hjelperne etter at faresignalene er fanget opp?

Spørreundersøkelsen viser funn knyttet til flere variabler som har til hensikt å måle hjelpernes handlingskompetanse (jfr. tabell 17). I undersøkelsen svarte hjelperne på spørsmålet: «Hva gjorde du da du opplevde bekymring for om personen/personene kunne ha tanker om å ta sitt eget liv?». 77 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 58 prosent av hjelperne i kontrollgruppa krysset av for variabelen: «Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret, så spurte jeg direkte om selvmordstanker». Forskjellen mellom gruppene er signifikant med  $p$ -verdi 0,001. Resultatene viser også at 64 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 43 prosent av hjelperne i kontrollgruppa krysset av for variabelen: «Jeg spurte direkte om vedkommende hadde selvmordstanker». Her er det målt signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa, med  $p$ -verdi på 0,001.

Siden det å stille spørsmålet om selvmordstanker er en helt sentral del av en førstehjelpsintervensjon (Lang et al., 2014; Tallaksen og Lindmark, 2014), var jeg særlig opptatt av å finne ut om hjelperne stilte spørsmålet om selvmordstanker når de opplevde bekymring. På spørsmålet som hadde til hensikt å måle dette forholdet eksplisitt: «Har du noen gang stilt en person et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker / tanker om å ta sitt eget liv?», svarte 84 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa at de hadde stilt spørsmålet om selvmordstanker mot 69 prosent i kontrollgruppa. Variabelen viser signifikant forskjell med  $p$ -verdi på 0,003 (jfr. tabell 19)

Funnene knyttet til disse tre handlingsvariablene viser at hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset undersøker faresignaler og spør om selvmordstanker i høyere grad enn

hjelperne som ikke har deltatt på kurset. Det viser at hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset har handlingskompetanse.

Hjelperne fra begge grupper, som bekreftet at de har stilt spørsmålet om selvmordstanker, ble bedt om å svare på hvor mange ganger de har stilt spørsmålet. 51 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 67 prosent av hjelperne i kontrollgruppa har stilt spørsmålet om selvmordstanker færre enn sju ganger, mens 50 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa og 33 prosent av hjelperne i kontrollgruppa har stilt spørsmålet om selvmordstanker flere enn sju ganger (jfr. tabell 21). *P*-verdien ble målt til 0,021 og viser at det er sannsynlig at hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset stiller spørsmålet om selvmordstanker oftere enn hjelperne som ikke har deltatt på kurset.

For å forsøke å forstå og belyse disse funnene, vil jeg bruke Triandis sin teori om mellom-menneskelig atferd.

#### **5.4.1 Triandis sin teori som forklaringsmodell**

I følge Triandis (1977) er det tre hovedfaktorer som påvirker menneskers atferd. Det er (i) intensjonen med å utføre en bestemt handling, (ii) faktorer som handler om indre og ytre forutsetninger for å utføre handlingen og (iii) vaner. Ytre og indre forutsetninger og vaner kommer jeg tilbake til. Først ser jeg på hva som kan påvirke menneskers intensjon om å utføre en bestemt handling. Å stille spørsmålet om selvmordstanker er i denne sammenheng handlingen.

Triandis hevder at intensjonen påvirkes av holdninger hjelperen har til å utføre den bestemte handlingen (Triandis 1977, s. 5). Hjelperens holdninger til å stille spørsmålet om selvmordstanker vil derfor virke inn på hjelperens intensjon om å stille spørsmålet. Holdningen påvirkes av hvordan hjelperen verdsetter utfallet av handlingen, og om hjelperen har tro på at utfallet blir som forventet (Triandis 1977, s. 9). Dersom hjelperen tror at det å stille spørsmålet om selvmordstanker kan få positive konsekvenser, og hjelperen samtidig har tro på at han eller hun har evne til å stille spørsmålet slik at de positive konsekvensene oppnås, blir intensjonen om å utføre handlingen styrket.

Førstehjelpskurset formidler at det å stille spørsmålet om selvmordstanker er helt sentralt i en førstehjelpsintervensjon. Spørsmålet må stilles for å avklare om signalene som er fanget opp handler om selvmordstanker, eller om det handler om noe annet (Lang et al., 2014).

Resultatene i undersøkelsen viste at de fleste hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset ikke er redde for å sette noen på tanken om selvmord ved å spørre (jfr. tabell 6). De vet at det er greit å snakke åpent med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene (jfr. tabell 8). De vet også at en konsekvens av å stille spørsmålet, er at de må være i stand til å ta imot svaret, om svaret er «ja». Hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset har lært hvordan de fortsetter intervensjonen ved bekreftende svar på spørsmålet om selvmordstanker. Hjelperne vet også at førstehjelp ved selvmordsfare kan redde liv, på samme måte som fysisk førstehjelp kan redde liv. Samlet gir dette grunn til å tro at flere hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset kjenner til positive konsekvenser av å sjekke ut faresignaler og stille direkte spørsmål om selvmordstanker. Videre får hjelperne erfaringer og kunnskap som bidrar til selvtillit og tro på at de er i stand til å spørre.

Triandis sier videre at sosiale faktorer påvirker hjelperens intensjon om å utføre en bestemt handling. De sosiale faktorene handler om hvilke normer og spilleregler som gjør seg gjeldende i situasjonen (Triandis, 1977, s. 8). Dersom bekymringen om selvmordstanker retter seg mot en klient på jobb, vil de sosiale normene på arbeidsplassen kunne virke inn på hjelperens intensjon. Sier normen på jobb at hjelperen bør stille spørsmålet om selvmordstanker ved bekymring, kan det styrke intensjonen. Om normen derimot sier at hjelperer ikke bør stille spørsmålet, vil det kunne svekke hjelperens intensjon. Arbeidsplassens fokus på selvmordsproblematikk har dermed betydning for om hjelperen spør eller ikke spør om selvmordstanker ved bekymring.

Hjelperens rolle i den sosiale sammenhengen kan påvirke intensjonen (Triandis, 1977, s. 8). Er det sosialt akseptert i kollegiet og blant samarbeidspartnere at hjelperen tar rollen som førstehjelper og spør om selvmordstanker ved bekymring, kan det virke positivt inn på hjelperens intensjon om å spørre. Om kolleger og andre derimot mener at det kun er behandlere og klinikere som bør stille spørsmålet, kan det svekke hjelperens intensjon.

Det siste elementet handler om hvorvidt hjelperen ser seg selv som en person som er i stand til å stille spørsmålet om selvmordstanker. At hjelperen har tro på egne ferdigheter til å stille spørsmålet styrker intensjonen (Triandis, 1977, s. 9).



Hjelpere som deltar på Førstehjelpskurset vet at mange kan lære å gi førstehjelp uavhengig av yrkesbakgrunn og rolle (Tallaksen og Lindmark, 2015). Kursene som omfattes i denne undersøkelsen ble arrangert i samarbeid mellom VIVAT selvmordsforebygging og ti kommuner. Kursene var tverrfaglige med hjelpere som i hovedsak jobbet på forskjellige nivåer og i forskjellige tjenester i kommunene. Når kommuner og ledere tar initiativ til å arrangere kurs i Førstehjelp ved selvmordsfare, signaliserer de at kommunen ønsker å satse på forebygging av selvmord, og at de ser sine ansatte som viktige ressurser i dette arbeidet. Tverrfagligheten kan påvirke hjelpernes rolleforståelse når og ved at de ser hverandre i rollen som førstehjelpere. Under kurset øver deltakerne på forskjellige deler av førstehjelpsintervensjonen. De øver særlig på å stille spørsmålet om selvmordstanker. Slik får de erfaringer med å stille spørsmålet og se seg selv i rollen som førstehjelper (Guttormsen, et al., 2003; Silvola et al., 2003).

Følelser knyttet til den bestemte handlingen virker inn på hjelperens intensjon. Om handlingen vekker negative følelser, kan intensjonen svekkes. Vekker handlingen positive følelser, kan intensjonen styrkes (Triandis 1977, s. 67).

Hjelpere som deltar på Førstehjelpskurset får mulighet til å bli mer bevisst sine egne holdninger til selvmord, som erfaringer, følelser og tanker (Hogg og Vaughan, 2014, s. 150–151) De har som nevnt, øvd på å stille spørsmålet om selvmordstanker og sett og hørt andre øve på det samme. Dessuten har de fått kunnskap om og øvd på hva de kan gjøre om svaret på spørsmålet er «ja, jeg har selvmordstanker». Disse forholdene kan bidra til å dempe redselen mange opplever ved å skulle stille spørsmål om selvmordstanker og gjennomføre en førstehjelpsintervensjon (Tallaksen og Lindmark, 2015). Evalueringsstudien av medisinerstudentene (Guttormsen et al., 2003), studien av helsesøstrenes erfaringer med Førstehjelpskurset (Tallaksen et al., 2013) og NAV-ansattes opplevelse av kurset (Madsen og Tallaksen, 2017) viser at hjelpere med gjennomført kurs føler seg tryggere og bedre i stand til å snakke med mennesker om selvmordstanker.

De indre og ytre forutsetningene hjelperen har for å utføre handlingen har også betydning for om handlingen blir utført eller ikke. De indre forutsetningene handler om hvorvidt hjelperen har nødvendig kunnskap til å kunne utføre handlingen. Det handler også om i hvilken grad vedkommende opplever å ha de ferdighetene som skal til for å utføre handlingen, og om han

eller hun vurderer det som lett eller vanskelig å utføre handlingen. De ytre forutsetningene handler om fysiske forhold knyttet til handlingen (Triandis, 1977, s. 71–72).

Funn i spørreundersøkelsen viser at hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset har tilegnet seg kunnskap om hva de som helpere kan gjøre ved bekymring for selvmordstanker. De har fått mulighet til å bevisstgjøre egne holdninger, og de har øvd på førstehjelpsferdigheter. Dette styrker, slik jeg ser det, hjelpernes forutsetninger for å intervensere, sjekke ut faresignaler og stille spørsmålet om selvmordstanker ved bekymring.

Triandis fremhever at vaner er en faktor som påvirker menneskers atferd. Dette synet får han støtte for blant flere i det sosialpsykologiske fagfeltet (Hogg og Vaughan, 2014, s. 170). Dersom en person har gjennomført en handling én gang og fått en positiv opplevelse med å utføre handlingen, øker sannsynligheten for at personen utfører handlingen på nytt. Handlingen blir en vane (Triandis, 1977, s. 65).

Jeg hevder ikke at helpere som har deltatt på Førstehjelpskurset i to dager får for vane å stille spørsmålet om selvmordstanker, men de får verktøy og mulighet til å øve på dette. De gjør erfaringer med selv å stille spørsmålet om selvmordstanker og de erfarer at andre kursdeltakere stiller spørsmålet. Selv om rollespill ikke kan sidestilles med erfaringer fra virkeligheten, vil følelser aktiveres og erfaringer høstes når hjelperen går inn i en rolle (Lang et al., 2014).

Verdien og overføringsverdien av de praktiske øvelsene på kurset fremheves i evalueringen av Førstehjelpskurset gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (2007). I studien gjennomført av Guttormsen et al. (2003) løfter medisinerstudentene frem at å få øve på førstehjelpsintervensjonen og få konstruktive og positive tilbakemeldinger fra de andre deltakerne og kurslederen i etterkant, var av stor betydning.

Triandis sin teori gir et sosialpsykologisk perspektiv på mellommenneskelig atferd og forhold som kan fremme eller hemme en bestemt atferd. Teorien kan, slik jeg har vist, bidra til å belyse funn i undersøkelsen som er knyttet til hjelpernes atferd.

Dersom deltakerne hadde for vane å *ikke* stille spørsmålet om selvmordstanker ved bekymring tidligere, synes det som kompetansen fra førstehjelpskurset, inkludert erfaring fra å øve på å stille spørsmålet om selvmordstanker, kan bidra til at vanen endres (Triandis, 1977, s. 69–70).

Funn i denne undersøkelsen samsvarer med funn i undersøkelsen til Cynthia et al. (2017), som viser at kursdeltakerne stilte spørsmålet om selvmordstanker oftere etter gjennomført kurs.

## 5.5 Hvis svaret er ja, hva da?

Hva gjør så hjelperne som har stilt spørsmålet om selvmordstanker, om personen svarer: «ja, jeg tenker på å ta livet mitt». I dette avsnittet drøfter jeg funn fra spørreundersøkelsen som belyser hjelpernes handlingskompetanse til å gjennomføre førstehjelpsintervensjonen ved et bekræftende svar på spørsmålet om selvmordstanker.

Hjelperne ble bedt om å svare på spørsmålet: Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene? Det var oppgitt flere handlingsalternativer, og hjelperne kunne krysse av for flere av dem (jfr. tabell 22). Den variabelen flest hjelperne sluttet opp om var «Jeg lyttet til personens historie om selvmordstankene. Så hjalp jeg vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kunne beskytte sitt eget liv». 66 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa krysset av for denne variabelen mot 48 prosent av hjelperne i kontrollgruppa. Det innebærer en signifikant forskjell mellom gruppene med  $p$ -verdi på 0,003.

Å lytte til historien bak selvmordstankene er en virksom og nødvendig del av førstehjelpen (Lang et al., 2014). Funnene viser at en stor del av hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset lytter til den selvmordsnæres historie om hva som ligger til grunn for selvmordstankene. De viser handlingskompetanse.

Når hjelperen lytter, får den selvmordsnære rom til å fortelle. Han eller hun hører seg selv fortelle, og hjelperen hører det som fortelles (Leenderts, 1997, s. 181). Den selvmordsnære er ikke lenger alene med selvmordstankene, men i en relasjon til en hjelper som tåler å lytte (Shneidman, 1996, s. 61). I samtalen vil det ofte dukke opp en usikkerhet i valget om å leve eller dø. Hjelperens oppgave er å hjelpe den selvmordsnære til selv å oppdage usikkerheten

og løfte fram det som fremdeles knytter vedkommende til livet. Det kan bli et vendepunkt. Førstehjelperen kan introdusere det tredje valget: Valget om å holde seg trygg her og nå (Tallaksen og Lindmark, 2013).

Å lytte innebærer både å stille spørsmål som hjelper den selvmordsnære til å fortelle og bekrefte og å anerkjenne det som blir fortalt (Silvola, 2003). Det kan være krevende å lytte til en historie som handler om selvmord og ønsket om å dø. Mange hjelpere i kommunenes førstelinjetjenester, som sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere og vernepleiere, har imidlertid ofte gode kommunikasjonsferdigheter og er vant til å lytte aktivt til brukeres, klienters og pasienters livshistorier (Jensen og Ulleberg, 2012). Ferdighetene kan de bruke for å lytte til historien bak selvmordstankene.

Kunnskapen kursdeltakerne får om nødvendigheten av å lytte, og om at den selvmordsnære selv sitter med nøkkelen til å velge trygghet her og nå (Tallaksen og Lindmark, 2013), kan bidra til å forklare hvorfor så mange av hjelperne i intervensjonsgruppa krysset av for denne variabelen. Samtidig tror jeg et viktig element handler om øvelsene som skjer under Førstehjelpskurset. Gjennom rollespill får hjelperne erfare hvordan det å lytte eller ikke lytte påvirker en førstehjelpsintervensjon. Triandis sin teori støtter at øvelse og erfaring, i kombinasjon med kunnskap og tro på gode konsekvenser av handlingen, kan påvirke menneskers atferd (Triandis, 1977, s. 69).

Funn i spørreundersøkelsen som handler om å lytte, støttes av funn i studien fra samtaler mellom telefonvakter ved krisetelefoner i USA og innringere med selvmordstanker. Den positive effekten av disse samtalene ble forklart med at telefonvaktene gjorde gode førstehjelpsintervensjoner. De tålte å lytte til historien om hvorfor innringeren ønsket å dø, og de lyttet etter mulige vendepunkter, som handlet om at noe samtidig knyttet dem til livet (Gould et al., 2013). I undersøkelsen til Cynthia et al. (2017) fant de imidlertid ingen økning i deltakernes brukt av aktiv lytting i førstehjelpen etter gjennomført kurs. Det bekymret forskerne som etterlyser videre forskning på førstehjelpenes kompetanse i å lytte.

Den neste delen av variabelen inkluderer ferdigheten «å lage en plan sammen med den selvmordsnære for hvordan han eller hun kan beskytte sitt eget liv». Å hjelpe med å utarbeide en plan for å beskytte livet, er en oppgave i førstehjelpen. Det er interessant å se at så mange hjelpere oppgir at de både lytter til historien og hjelper til med å lage en plan for beskyttelse

av livet. Det tyder på at hjelperne har tilegnet seg førstehjelps kompetanse. Hjelperne er i stand til å handle i situasjonen så den selvmordsnære får hjelp til å holde seg trygg her og nå.

For variabelen «Jeg sjekket ut risiko ved å spørre om vedkommende hadde tenkt på metode, hadde forsøkt å ta livet sitt tidligere, fikk hjelp for psykiske helseplager eller rusa seg mer enn vanlig. Så laget vi en plan for hva personen hadde behov for av hjelp for å beskytte livet mot selvmord.», krysset 47 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa av for denne, mot 36 prosent av hjelperne i kontrollgruppa. Her er det ikke signifikant forskjell mellom gruppene. *P*-verdien er på 0,064. Forholdsvis mange hjelpere i begge grupper krysset av for dette handlingsvalget.

Jeg tror flere av de samme forholdene som ble trukket fram som mulige forklaringer på variabelen om å lytte og utforme en plan, kan gjelde for denne variabelen. Mange av hjelperne i kommunene har trening i å stille direkte spørsmål til klienter, pasienter og brukere om vanskelige temaer (Leenderts, 1997, s. 179–182). Under Førstehjelpskurset lærer hjelperne at det er viktig å sjekke ut kjente risikofaktorer for å få kunnskap om hvor akutt faren for selvmord er, og for å vite hvilke risikofaktorer det er relevant å beskytte mot i den aktuelle planen (Tallaksen og Lindmark, 2015). Mange hjelpere som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset vet også at det er hensiktsmessig å stille spørsmål om kjente risikofaktorer for bedre å kunne forstå hvilke behov den selvmordsnære har for videre hjelp og støtte.

Denne variabelen inneholder mange elementer. Det gir rom for tolkningsmuligheter. Noen hjelpere kan ha sjekket ut enkelte risikofaktorer og allikevel krysset av for variabelen, mens andre kan ha tenkt at de ikke kvalifiserer for variabelen fordi de ikke sjekket ut alle risikofaktorene. Dette er forhold som kan innvirke ved vurdering av variabelen.

Evalueringen av Førstehjelpskurset som ble foretatt på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet (2007, s. 18), viste at kursdeltakerne opplevde seg tryggere i samtaler om selvmord etter gjennomført førstehjelpskurs. De opplevde at de «i høy grad har tilegnet seg et kommunikativt verktøy, slik at de vet å stille de «riktige spørsmålene» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 18). De «riktige spørsmålene» kan handle om selvmordstanker, spørsmål knyttet til historien bak selvmordstankene og etterfølgende spørsmål knyttet til kjente risikofaktorer.

Et annet interessant funn i spørreundersøkelsen er knyttet til variabelen: «Jeg hjalp vedkommende i kontakt med lege/legevakta for en selvmordsrisikovurdering». 53 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa krysset av for dette valgalternativet og 46 prosent av hjelperne i kontrollgruppa. Forskjellen er ikke signifikant. Dette funnet kan tyde på at førstehjelpskurset i liten grad påvirker hjelpernes vurdering av når det er behov for å henvise videre til lege eller legevakt. Førstehjelp ved selvmordsfare innebærer ikke å vurdere selvmordsfare. Det skal fagfolk med spesiell kompetanse gjøre. I situasjoner der førstehjelperen er usikker på hvor akutt faren for selvmord er, eller er i tvil om vedkommendes sikkerhet, innebærer førstehjelpen å hjelpe personen til lege eller legevakt for å vurdere risiko (Lang et al., 2014; Tallaksen og Lindmark, 2015). Derfor er det godt å se at opplæringen førstehjelpskurset gir ikke synes å føre til at hjelperen påtar seg et større ansvar enn rollen som førstehjelper tilsier.

Dette funnet kan ses i sammenheng med funnet i studien av samtaler mellom medarbeidere ved krisetelefoner og innringere med selvmordstanker. Studien viser at samtaler med telefonvakter som hadde opplæring i ASIST / Førstehjelp ved selvmordsfare har positiv effekt på innringerne. Samtidig viser studien at det ikke er forskjell mellom telefonvakter med og uten kurset ASIST knyttet til å vurdere selvmordsfare (Gould et al., 2013).

Det siste funnet jeg vil trekke fram belyser hjelpernes handlingskompetanse og er knyttet til variabelen: «Jeg ba om hjelp fra en kollega som tok over». 6 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa krysset av for denne variabelen og 17 prosent av hjelperne i kontrollgruppa. Forskjellen er signifikant, med  $p$ -verdi målt til 0,009. Funnet kan tyde på at hjelperne som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, opplever å ha kompetanse og trygghet til å håndtere samtaler om selvmordstanker i større grad enn hjelperne som ikke har deltatt på kurset.

Hvis svaret på spørsmålet om selvmordstanker er «ja», tyder funnene i undersøkelsen på at en stor andel av hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset lytter til historien som ligger til grunn for selvmordstankene. Cirka halvparten oppgir at de sjekker ut sentrale risikofaktorer. Hjelperne hjelper også personene med selvmordstanker med å lage en plan for hvordan han eller hun kan beskytte sitt eget liv. De henviser til lege og legevakt for risikovurdering i like stor grad som hjelperne i kontrollgruppa, men de ber i liten grad om hjelp fra kolleger når selvmordstanker er identifisert. Samlet tyder dette på at hjelperne som har deltatt på kurset

Førstehjelp ved selvmordsfare har kompetanse til å gi førstehjelp og bruker kompetansen i praksis.

## 5.6 En kompetent førstehjelper

Hvordan opplever hjelperne sin egen kompetanse til å gi Førstehjelp ved selvmordsfare? Har de den kompetansen de har behov for?

Det siste spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?». 32 prosent av hjelperne i intervensjonsgruppa svarer «ja» og 60 prosent svarer «i noen grad». Det innebærer at 92 prosent av hjelperne som har deltatt på kurset, helt eller i noen grad opplever å ha kompetansen de trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Til sammenlikning svarer 6 prosent av hjelperne i kontrollgruppa «ja» på dette spørsmålet, og 42 prosent svarer «i noen grad». De resterende 52 prosentene i kontrollgruppa fordeler seg likt på verdiene «i noen grad» og «nei». Forskjellen mellom gruppene er signifikant og *p*-verdien er tilnærmet null (jfr. tabell 24).

Hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset, opplever at de har eller i noen grad har den førstehjelps kompetansen de trenger, mens i overkant av halvparten av hjelperne som ikke har deltatt på kurset, i liten eller ingen grad opplever å ha kompetansen de trenger. Funnet kan bety at kurset har stor effekt på deltakernes opplevelse av kompetanse til å gi førstehjelp ved selvmordsfare.

Det er ikke mulig å si noe sikkert om hvilke forhold som utløser den store forskjellen mellom hjelperne i de to gruppene. Jeg trekker likevel fram noen elementer som kan spille inn.

Førstehjelpskursets utvikling og design kan være et element som medvirker til hjelpernes opplevelse av kompetanse. Kurset ble utarbeidet fordi fagfolk fra helse- og sosialtjenestene i provinsen Alberta i Canada, hadde behov for et selvmordsforebyggende opplæringsprogram (Ramsey 2004). Fire fagpersoner med bakgrunn fra fagene sosialt arbeid, psykologi, medisin og pedagogikk utviklet kurset, som integrerer elementer fra alle fagområdene på 1980-tallet. Kurset skulle passe for et bredt spekter av hjelpere, både formelle og uformelle (Ramsey og

Ramsey, 2013). Funn i spørreundersøkelsen viser at hjelpere fra flere forskjellige faggrupper opplever å ha kompetanse til å utøve førstehjelp ved selvmordsfare. Det kan bety at kurssets intensjon om å passe for en flerfaglig målgruppe treffer godt.

Under utviklingen av kurset ble Rothmans *Model for Social Research and Development in the Human Services* brukt (Ramsey, 1990). Modellen vektlegger betydningen av testing i feltet, innsamling av evalueringer, tilbakemeldinger fra kurssets målgruppe og videreutvikling (Rothman, 1980). Brukernes stemme og behov for kompetanse ble hørt gjennom utviklingen av kurset. Fokus på hjelpernes behov for verktøy, systematiske evalueringer og revisjoner i takt med kunnskapsutviklingen på fagfeltet, kan være medvirkende faktorer til at kursdeltakere opplever å ha kompetansen de trenger for å gi førstehjelp ved selvmordsfare.

Kurset inkluderer Knowles prinsipper for voksenopplæring (1980). Kompetansen hjelperne bringer med seg inn i kurset anerkjennes og brukes aktivt gjennom kurset. Kurset tar videre høyde for at mennesker lærer på forskjellige måter, og det benyttes forskjellige pedagogiske virkemidler (Ramsey og Ramsey, 2013). Anerkjennelsen av kursdeltakernes erfaringer og bidrag og variasjon i læringsmetoder kan være medvirkende faktorer til deltakernes opplevelse av kompetanse.

Øvelsene som er lagt inn i kurset kan ha betydning. Kursdeltakerne øver på førstehjelpen i interaksjon med kurslederne og sammen med hverandre gjennom rollespill og øvelser. Både evalueringen av førstehjelpskurset gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet, og de norske studiene av kursdeltakeres erfaringer, trekker fram øvelseselementet som sentralt for at hjelperne tilegner seg kompetanse (Guttormsen et al., 2003; Tallaksen et al., 2013; Madsen og Tallaksen, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre belyser Triandis sin teori om mellommenneskelig atferd hvor viktig kombinasjonen av bevissthet om holdninger, kunnskap og ferdighetstrening er for hjelpernes opplevelse av kompetanse (Triandis, 1977).

For mange av hjelpere består førstehjelpen av kjente elementer. Førstehjelpen handler om relasjon, om kommunikasjon, om å tørre å stille de vanskelige spørsmålene og om å tåle og lytte til det smertefulle og vanskelige i et annet menneskes liv. Førstehjelpen handler videre om samarbeid med personen som har behov for hjelp, og om hvordan han eller hun kan hjelpes og hjelpe seg selv på best mulig måte. Videre har førstehjelpen i seg elementer knyttet til samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser og uformelle ressurser (Lang et al., 2014;



Tallaksen og Lindmark, 2015; Silvola et al., 2003; Ramsey, 2004). Mange hjelpere i kommunenes førstelinje har kompetanse på disse områdene (Askeland, 2011). Under førstehjelpskurset relateres elementene til selvmord og settes inn i en modell for intervensjon ved selvmordsfare. Gjennom førstehjelpskurset får hjelperne mulighet til å koble kompetansen de har med seg inn i kurset til utøvelsen av førstehjelp ved selvmordsfare. Førstehjelpskurset vektlegger kombinasjon av kjent og ny kunnskap, elementer som styrker hjelperens opplevelse av kompetanse.

Mange av hjelperne har brukt førstehjelpskompetansen. De har fanget opp og sjekket ut faresignaler, stilt spørsmålet om selvmordstanker, lyttet til historien og/eller sjekket ut risiko. De har hjulpet til med å lage en plan for beskyttelse av livet til personen i selvmordsfare. Hjelperne som har deltatt på førstehjelpskurset, henviser i liten grad personen med selvmordstanker videre til kolleger når selvmordstankene er bekreftet. De henviser imidlertid til lege eller legevakt for risikovurdering i like stor grad som hjelperne som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset. Mange har brukt førstehjelpskompetansen flere ganger. Erfaringer med bruk av førstehjelpskompetansen kan i seg selv være med på å forklare kursdeltakernes opplevelse av kompetanse (Triandis, 1977, s. 65).

Funn fra undersøkelsen viser at over halvparten av hjelperne uten kurset opplever at de ikke har eller i liten grad har kompetansen de trenger for å gi Førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Så godt som alle hjelperne i denne gruppa har opplevd bekymring for selvmordstanker og har samtaler om selvmord i jobbsammenheng. Svarene de formidler viser behov for kompetanse til å møte utfordringene de står i. Det er mulig å trekke en parallell mellom opplevelsen disse hjelperne har knyttet til manglende kompetanse og opplevelsen hjelperne i Albertas helse- og sosialtjenester hadde på 1970-tallet. Der formidlet hjelperne behov for et praktisk anvendbart opplæringsprogram som kunne gi dem kompetanse til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Det var vanskelig å nyttiggjøre seg den forskningsbaserte kunnskapen i praksisfeltet. Deres behov var starten på utviklingen av ASIST / Førstehjelp ved selvmordsfare (Ramsey, 1990). I over 34 år har kurset har vært tilgjengelig for hjelpere i land verden over. Det er revidert flere ganger, og over en million mennesker har så langt deltatt på kurset (Livingworks, 2017). Førstehjelpskurset har vært tilgjengelig i Norge siden 1998 (VIVAT, 2017).

## 5.7 Styrker og svakheter ved studien

Styrken i studien er at utvalget i spørreundersøkelsen er forholdsvis stort, med 287 respondenter. Respondentene jobber i både bykommuner og kommuner på mindre steder spredt over hele landet. Det er god spredning på respondentenes alder og jobb og roller, og både kvinner og menn er representert. Utvalget samsvarer med Førstehjelpskursets målgruppe og inkluderer både en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Studien har fokusert på kursdeltakernes handlingskompetanse omlag ett år etter gjennomført Førstehjelpskurs. Flere av de utenlandske studiene av ASIST etterlyser forskning knyttet til om deltakelse på Førstehjelpskurset gir handlingskompetanse og fører til atferdsendring.

En svakhet ved spørreundersøkelsen kan være at jeg har designet spørreundersøkelsen selv fremfor å bruke et standardisert spørreskjema, som er kontrollert for validitet og reliabilitet. Jeg har reflektert kritisk over min egen forforståelse, konsultert veileder, tidligere kolleger og nåværende kolleger og gjennomførte en pilottest av skjemaet. Likevel kan formuleringene i spørsmålene og variablene i for stor grad korrespondere med terminologien som brukes under Førstehjelpskurset. En konsekvens kan da være at hjelperne som har deltatt på Førstehjelpskurset, krysser av for verdier og svaralternativer de husker er «riktige».

Hjelperne i begge grupper har imidlertid i stor grad sluttet opp om spørsmålene og variablene. Få har latt være å svare på spørsmål, slik det fremgår av tabellene i kapittel fire. Det kan tyde på at hjelperne i begge grupper opplevde spørsmålene og variablene som relevante. Jeg har tiltro til at de som deltok i undersøkelsen svarte oppriktig og deltok fordi de ønsker å bidra til kunnskaps- og kompetanseutvikling om selvmordsforebygging.

I studien har jeg inkludert åtte artikler og en evaluering. Artikkelen presenterer studier med forskjellig design og belyser ulike sider ved denne oppgavens problemstilling. Resultatene i studiene samsvarer i stor grad med resultatene i spørreundersøkelsen.

## 6 Oppsummering og konklusjon

For å finne svar på oppgavens problemstilling om hjelpere som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, har kompetanse til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare, gjennomførte jeg en kvantitativ spørreundersøkelse. Studien baserer seg på denne spørreundersøkelsen, av åtte inkluderte studier og en evaluering. Resultatene fra spørreundersøkelsen og litteratursøket viser at kurset Førstehjelp ved selvmordsfare med stor sannsynlighet har effekt på hjelpernes holdninger, kunnskap og ferdigheter. Kurset gir handlingskompetanse. Hjelperne fanger opp faresignaler, tør å spørre, tåler å lytte og samarbeider med personen med selvmordstanker om å lage en plan som kan beskytte hans eller hennes liv her og nå.

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at temaet selvmord angår de fleste. Nær alle hjelperne har opplevd bekymring for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv.

Resultater fra undersøkelsen viser at hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset scorer høyere på holdningsvariabler om forutsetninger for å oppdage og gi førstehjelp, enn hjelpere som ikke har deltatt på kurset. Funn fra flere av de utenlandske studiene viser det samme.

Førstehjelpskurset bidrar til å styrke hjelpernes kompetanse til å fange opp faresignaler og oppdage mennesker i selvmordsfare. Funn fra spørreundersøkelsen om at hjelpere som har deltatt på kurset oftere opplever bekymring for selvmordstanker enn hjelpere som ikke har deltatt, tyder på dette. Studien til Cynthia, et al. (2017) konkluderer med de samme resultatene.

Flere hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset stiller spørsmålet om selvmordstanker enn hjelpere som ikke har deltatt på kurset, og de stiller spørsmålet flere ganger. Er svaret på spørsmålet om selvmordstanker «ja», lytter flertallet av hjelperne som har deltatt på kurs til historien som ligger til grunn for selvmordstankene. Videre hjelper de den selvmordsnære med å lage en plan for hvordan han eller hun kan beskytte sitt eget liv her og nå.

Også mange hjelpere som ikke har deltatt på Førstehjelpskurset, gir førstehjelp ved selvmordsfare. Ut fra spørreundersøkelsen er det imidlertid signifikante forskjeller på flere variabler som sannsynliggjør at deltakelse på Førstehjelpskurset har positiv effekt på

hjelpernes kunnskap, holdninger og ferdigheter til å gi førstehjelp. Resultatene viser at Førstehjelpskurset gir hjelperne handlingskompetanse.

Resultatene fra spørreundersøkelsen sammenfaller i stor grad med resultatene fra de inkluderte studiene utført i utlandet og i Norge.

Det er vanskelig å forstå at det ikke satses mer systematisk på kompetanseheving til alle hjelpere i kommunenes førstelinje, og andre, som er i posisjon til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Spørreundersøkelsen avdekker at hjelpere som har deltatt på Førstehjelpskurset helt eller i noen grad opplever å ha kompetansen de trenger for å gi førstehjelp ved selvmordsfare. Undersøkelsen avdekker videre at en stor del av hjelperne som ikke har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare opplever at de ikke har den nødvendige kompetansen. Det gir grunn til bekymring.

Det er en ensom handling, en desperat og nesten alltid unødvendig handling. De fleste av oss har tenkt tanken. Det berører alle sosiale lag, de høyeste og de laveste, alle folkeslag, begge kjønn, alle aldersgrupper ( ... ) (Shneidman, 1996, s. 160, min oversettelse – A.S.).

Det er ikke mulig på forhånd å vite hvem som kan få tanker om å ta sitt eget liv. Da er det viktig at lokalsamfunn og førstelinjen, der folk lever og bor, har kompetanse til å oppdage og gi førstehjelp til mennesker som strever med selvmordstanker.

Spørreundersøkelsen og de inkluderte studiene viser behov for videre forskning. Om kursdeltakernes bruk av kompetansen de tilegner, om kompetansen holder over tid og om betydningen av oppfriskningskurs. Det etterlyses mer forskning om kunnskap og tro på egne ferdigheter resulterer i atferdsendring. Metastudien til Isaak et al. (2009) konkluderer med behov for flere randomiserte, kontrollerte studier som måler om gatekeepertraining bidrar til reduksjon i selvmordstallene. Videre ville det være interessant å få kunnskap om hvordan de som mottar førstehjelp ved selvmordsfare opplever førstehjelpsintervensjonen, og om hvordan førstehjelpen påvirker relasjonen mellom hjelperen og den selvmordsnære.

Opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare *kan* bidra til at mennesker med tanker om å ta sitt eget liv blir oppdaget og får nødvendig hjelp i tide.

«I'm going to walk to the bridge. If one person smiles at me on the way, I will not jump».

## 7 Litteratur

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Askeland, G. (2011). Kvifor reflektera kritisk. I Askeland G. A. (Red.) *Kritisk refleksjon i sosialt arbeid*. (s. 25–41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2014). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bolling, G., Haug, A., Sønderland, I., Opdal, H. & Nordseth, T. (2017). Førstehjelp. *Store medisinske leksikon*. Hentet den 4. oktober 2017 fra <https://sml.snl.no/førstehjelp>.
- Casey, P. R. et al. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population. Five-centre analysis from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 189(5), 410–415. doi:10.1192/bjp.bp.105.017368.
- Cynthia, J. et al. (2017). Identification, Responce, and Referral of Suicidal Youth Following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 297–308. doi: 10.1111/sltb.12272.
- Durkheim, E. (1897/2012) 3. utg. *Selvordet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, K. (2008). En farlig diskurs ved forståelse av selvmord. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(1), 2–3.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om forebygging av selvmord*. Hentet fra <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/forebygging-av-selvord---faktaark/>.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Hentet fra [http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud\\_MourningAndMelancholia.pdf](http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_MourningAndMelancholia.pdf)
- Friend, T. (2003). Jumpers: «The Fatal Grandeur of the Golden Gate Bridge», *The New Yorker*. Hentet fra <https://www.newyorker.com/magazine/2003/10/13/jumpers>.
- Glosbe. (2017). Norsk bokmål-latin ordbok. Henten 4. oktober 2017 fra <https://nb.glosbe.com/nb/la/leve>.
- Goldney, R. D., Wilson, D., Grande, E. D., Fisher, L. J., & McFarlane, A. C. (2000). Suicidal Ideation in a Random Community Sample: Attributable Risk Due to Depression and

- Psychosocial and Traumatic Events. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 98–106.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. & Kleinmann, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43(6), 676–691.
- Gould, M. S., et al., (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: a Randomized Controlled Trial. *Jama*. 293(13), 1635–1643. doi: 10.1001/jama.293.13.1635.
- Guttormsen, T., Høifødt, T. S., Silvola, K. & Burkeland, O. (2003). Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 16(123), 2284–2286.
- Helsedirektoratet. (2011). *ETTER SELVMORDET – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017). Suicide and Mental Disorders: A Discourse of Politics, Power, and Vested Interests. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2010). «Selvmord er ikke akseptabelt og kan forebygges»: Holdninger til selvmord og selvmordsforebygging i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10), 908–915.
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2014). *Social Psychology*. Harlow, United Kingdom: Parson Education Limited.
- Isaac, M. et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260–268.
- Jackson, T. (2005). *Motivating Sustainable Consumption. A Review of Evidence on Consumer Behavior and Behavioural Change*. Guildford Surrey: Centre for Environmental Strategy, University of Surrey. Hentet fra [http://www.unternehmenssteuertag.de/fileadmin/user\\_upload/Redaktion/Seco@home/nachhaltiger\\_Energiekonsum/Literatur/entscheidungen\\_haushalte/motivating\\_sustainable\\_consumption\\_by\\_jackson.pdf](http://www.unternehmenssteuertag.de/fileadmin/user_upload/Redaktion/Seco@home/nachhaltiger_Energiekonsum/Literatur/entscheidungen_haushalte/motivating_sustainable_consumption_by_jackson.pdf).
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2012). *Mellom Ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Johannessen, A., Tufte P. A. & Christoffersen, L. (2011). 4. utg. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education, From Pedagogy to Andragogy*. Hentet fra:  
[http://www.hospitalist.cumc.columbia.edu/downloads/cc4\\_articles/Education%20Theory/Andragogy.pdf](http://www.hospitalist.cumc.columbia.edu/downloads/cc4_articles/Education%20Theory/Andragogy.pdf).
- Lang, W.A., Ramsey, R. F., Tanney, B. L., Kinzel, T., Turley, B., Tayler, D. & Tierney, R. J. (2014). *ASIST Trainer Manual*. Calgary, Canada: LivingWorks Education Incorporated.
- Leenderts, T. A. (1997). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Leenaars, A. A. (2010). Review Edwin Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5–18
- LivingWorks (u.å). *Design and Development*. Hentet 4. oktober 2017 fra  
<https://www.livingworks.net/who-we-are/design-and-development/>
- Madden, T. J., Ellen, P. S. & Ajzen, I. (1992). A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Society for Personal and Social Psychology*, 18(1).
- Madsen, B. T. & Tallaksen, D. W. (2017). Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare». Noe mer enn et førstehjelpskurs? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 166–177.
- Mann, J., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA – The Journal of the American Medical Association*, 294. Hentet fra  
<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/201761>.
- Mathias, C.W. et al. (2012). What's the Harm in Asking about Suicidal Ideation? *Suicide Life Threat Behav*, 42(3), 342–351. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x.
- Mehlum, L. (Red.). (1999/2014). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2017). *Fakta om selvmordsforebygging*. Hentet fra  
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskaeding/dokumenter/fakta-om-selv-mordsforebygging.pdf>
- Norsk senter for forskningsdata. (2017). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet fra  
[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- NOU 2015:17 (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Ramsey, H. & Ramsey, R. (2013). *LivingWorks' Legacy 30 Years*. LivingWorks Education. Inc.

- Ramsey, R. (2004). New Developements in Suicide Intervention Training. *Suicidologi*, 9(3).
- Ramsey, R., Cooke, M.A. & Lang, W. A. (1990). Alberta's Suicide Prevention Training Programs: A Retrospective Comparison with Rothman's Developmental Research Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 335–351. doi: 10.1111/j.1943-278X.1990.tb00221.x
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2013). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies*, 38(9), 549–556.
- Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H. & Dieserud, G. (2017). Barriers Toward Help-seeking Among Young Men Prior to Suicide. *Death Studies*. doi: 10.1080/07481187.2017.1328468.
- Rasmussen, M. L., Dieserud, G., Dyregrov, K. & Haavind, H. (2014). Warning signs of suicide among young men, *Nordic Psychology*. doi: 10/1080/19012276.2014.921576
- Rothman, J. (1980). *Social R&D: Research and Development in the Human Services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
- Sabini, J. (1992). *Social psychology*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Shneidman, E. (1985/2004). *Definitions of Suicide*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Silva, C., Smith, A. R., Dodd, D. R., Covington, D. W. & Joiner, T. E. (2016). Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatric Services*, 67, 1240–1245. doi 10.1176/appi.ps.201500271
- Silvola, K., Høifødt, T. S., Guttormsen, T. & Burkeland, O. (2003). Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. *Tidsskriftet Den Norsk Legeforening*, 16.
- Smith, A. R., Silva, C., Covington, D. W. & Joiner, Jr. T. E. (2014). An Assessment of Suicide-Related Knowledge and Skills Among Health Professionals. *Health Psychology*, 33(2), 110–119.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Evaluering av undervisningsprogrammet VIVAT. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet (Rambøll Management).
- Statens helsetilsyn. (1995). *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994–1998*. Oslo: Statens helsetilsyn.



- Tallaksen, D. W., Bråten, K. & Tveiten, S. (2013) "...You are not particularly helpful as a helper when you are helpless." A Qualitative Study of Public Health Nurses and Their Professional Competence Related to Suicidal Adolescents. *Vard i Norden*, 31(1) 46–50.
- Tallaksen, D. W. & Lindmark, J. (2015). Det trengs mange og handlekraftige (første)hjelpere! *Suicidologi*, 3.
- Tallaksen, D. W. & Lindmark, J. (2013). Godt utført førstehjelp kan representere et vendepunkt for personer med selvmordstanker! *Suicidologi*, 18(1), 30–33.
- Thaagard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*, 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey, California: A Division of Wadsworth Publishing Company, Inc.
- VIVAT selvmordsforebygging. (2015). VIVAT Årsrapport 2015. Tromsø: VIVAT selvmordsforebygging.
- VIVAT Selvmordsforebygging (2016). Førstehjelp ved selvmordsfare. *Kursmanual*. Tromsø: VIVAT Selvmordsforebygging.
- VIVAT Selvmordsforebygging (u.å). Hva er VIVAT. Hentet 4. oktober 2017 fra <https://vivatselvmordsforebygging.net/kursledere/bli-kursleder-i-vivat/>
- Vråle, G. B. (2014). *Møtet med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organisation (2014). Hentet fra [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- World Health Organisation (2017). Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- World Health Organisation (2017). Hentet fra [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/infographics\\_2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographics_2017.pdf?ua=1)
- Zalsmann, G. et al. (2016). Suicide Prevention Strategies Revisited: 10 Year Systematic Review. *The Lancet/Psychiatry*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).

## Vedlegg 1: Meldeskjema til NSD



### MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.  Les mer om hva <a href="#">personopplysninger</a> er.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.  Les mer om hva <a href="#">behandling av personopplysninger</a> innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til <a href="#">koblingsnøkkel</a> , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en <a href="#">databehandler</a> .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være <a href="#">indirekte identifiserbar</a> dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	alder, kjønn, yrke, kommune	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ● Nei ○	Les mer om <a href="#">nettbaserte spørreskjema</a> .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre).  <a href="#">Les mer.</a>  Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Førstehjelp ved selvmordsfare	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	VID vitenskapelig høyskole	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.  Les mer om <a href="#">behandlingsansvarlig institusjon</a> .
Avdeling/Fakultet	Oslo, VID Diakonhjemmet	
Institutt	Institutt for sosialfag	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Aleksandra	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om <a href="#">daglig ansvarlig</a>.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Sæheim	
Stilling	Høgskolelektor	
Telefon	22451956.	
Mobil		
E-post	aleksandra.saeheim@vid.no	
Alternativ e-post	aleksandra.saheim@gmail.com	
Arbeidssted	Vid Vitenskapelige høyskole, Diakonhjemmet	
Adresse (arb.)	Diakonveien 14-18	
Postnr./sted (arb.sted)	0370 Oslo	
<b>5. Student (master, bachelor)</b>		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	<p>Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.</p>
Fornavn	Anette	
Etternavn	Seierstad Skrindo	
Telefon	41312805	
Mobil		
E-post	anette@skrindo.no	
Alternativ e-post	anette@skrindo.no	
Privatadresse	Bukken Brusens vei 21	
Postnr./sted (privatadr.)	0851 Oslo	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masteroppgave</li> <li>○ Bacheloroppgave</li> <li>○ Semesteroppgave</li> <li>○ Annet</li> </ul>	
<b>6. Formålet med prosjektet</b>		
Formål	<p>Formålet med prosjektet er å besvare følgende problemstilling: «Har hjelpere som har fullført kurset førstehjelp ved selvmordsfare, kompetanse og tro på egne ferdigheter til å kunne gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?» Har hjelperne et bevisst forhold til egne holdninger til selvmord? Har de kunnskap om hvordan de kan intervensere og gi førstehjelp ved selvmordsfare? Har de tro på at de har ferdigheter som gjør dem istand til å intervensere?</p> <p>Håpet er at forskningsprosjektet skal frembringe kunnskap som kan bidra til å videreutvikle og styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i kommunene.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p>
<b>7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?</b>		
Kryss av for utvalg	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Barnehagebarn</li> <li><input type="checkbox"/> Skoleelever</li> <li><input type="checkbox"/> Pasienter</li> <li><input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Ansatte</li> <li><input type="checkbox"/> Barnevernsbarn</li> <li><input type="checkbox"/> Lærere</li> <li><input type="checkbox"/> Helsepersonell</li> <li><input type="checkbox"/> Asylsøkere</li> <li><input type="checkbox"/> Andre</li> </ul>	<p>Les mer om forskjellige <a href="#">forskningstematikker og utvalg</a>.</p>

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om <a href="#">registerstudier</a>. Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om <a href="#">forskningsmetoder</a>.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Jeg vil bruke Questback. VIVAT selvmordsforebygging har lisens som jeg får bruke.	
<b>9. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p><a href="#">Les mer</a>. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal <a href="#">her</a>.</p> <p>Les om <a href="#">krav til informasjon og samtykke</a>.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og <a href="#">informert</a>.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. <a href="#">Les mer</a>.</p>
<b>10. Informasjonssikkerhet</b>		
Spesifiser	Dataene i undersøkelsen blir lagret på en server i UNNs passordbeskyttede nettverk, bak brannmurene til UNN.	<p>NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler <a href="#">koblingsnøkkel</a>.</p>
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input checked="" type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Dataskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Privat dataskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar dataskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaterialet blir kun lagret på serveren til UNN, ikke på lokal dataskin. Autentisering mot serveren er kryptert.	Er f.eks. dataskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står dataskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opplak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en <a href="#">databehandler</a> . Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken	Questback	

Beskriv utvalg/deltakere	Utvalget i prosjektet er ansatte i 14 kommuner hvor VIVAT i 2015 gjennomførte kurset Førstehjelp ved selvmordsfare ved bruk av midler fra Helsedirektoratet. Studien omfatter både personer som deltok på førstehjelpskurset (intervensjonsgruppe) og personer som ikke deltok (kontrollgruppe). De ansatte kommer fra ulike kommunale tjenestesteder som hjemmetjenesten, NAV, Politi, Barnevern, Brann, Psykisk helse, Tilrettelegte boliger m.fl.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Jeg har deltakerlister fra 25 kommunale Førstehjelpskurs som ble arrangert i 2015. Ved 14 av disse kursene etterspurte kurslederne deltakernes e-postadresser. Det er helt tilfeldig hvilke kursledere som har etterspurt e-postadresser, og hvilke som ikke har det. Jeg tenker derfor å ta utgangspunkt i de 14 kommunene hvor jeg har e-postadressene til deltakerne som fullførte kurset i 2015, i alt 345 respondenter. Jeg tenker å kontakte den i kommunen som hadde arrangøransvaret for Førstehjelpskurset. Så vil jeg høre om kommunen er interessert i å delta i studien. Om kommunen er villig til å delta, tenker jeg å sende ut spørreskjemaet til alle som deltok på kurset (de har jeg da e-postadresser til.) Så vil jeg be om tilgang til e-postadressene til ansatte som ikke deltok på kurset, men som jobber i tilsvarende tjenester som deltakergruppa. De blir kontrollgruppa i studien, i alt omlag 345 respondenter.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Jeg tar kontakt med vedkommende som var kontaktperson ved gjennomføring av Førstehjelpskurset i de overnevnte 14 kommunene. Dette var i all hovedsak ledere ved ulike tjenester i kommunene. Jeg sjekker ut om disse personene har myndighet til å svare på om kommunen vil delta i studien, eller om jeg bør kontakte en person på høyere ledernivå i kommunen. Så håper jeg at en fra kommunen sentralt kan kontakte utvalget og informere om at kommunen ønsker at de ansatte svarer på spørreskjemaet når det sendes ut på e-post. E-posten fra meg vil inneholde et informasjonsskriv/invitasjon til deltakelse med direkte link til spørreskjemaet.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre <a href="#">temasider</a> .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer <a href="#">barn</a> på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	700	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">sensitive opplysninger</a> .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om <a href="#">pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</a> .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. <a href="#">Les mer</a> .
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		

Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ● Nei ○	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?	Dataene i undersøkelsen sendes kryptert med SSL fra brukeren.	Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. <a href="#">Les mer</a> .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
<b>11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om <a href="#">dispensasjon fra taushetsplikten</a> . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei ●	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registerer? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om <a href="#">andre godkjenninger</a> .
Hvis ja, hvilken		
<b>12. Periode for behandling av personopplysninger</b>		
Prosjektstart	25.08.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	30.06.2019	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om <a href="#">direkte</a> og <a href="#">indirekte</a> personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om <a href="#">anonymisering av data</a> .
<b>13. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Det er få kostnader knyttet til prosjektet. Eventuelle kostnader dekkes av studenten.	Fylles ut ved eventuell eksternt finansiering (oppdragsforskning, annet).
<b>14. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
<b>15. Vedlegg</b>		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. ● Invitasjon til forskningsprosjekt, 9F4rstehjelp ved selvmordsfare.doc ● Splrreskjema, forhOndsvising.pdf	

## Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Aleksandra Sæheim  
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelige høyskole  
Diakonveien 16,  
0370 OSLO

Vår dato: 19.01.2017

Vår ref: 51523 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51523</i>	<i>Førstehjelp ved selvmordsfare</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>VID vitenskapelig høyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Aleksandra Sæheim</i>
<i>Student</i>	<i>Anette Seierstad Skrindo</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Kopi: Anette Seierstad Skrindo anette@skrindo.no





Utvalget rekrutteres via kommunen som formidler forespørsel om deltakelse.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må i tillegg opplyses om at IP-/epostadresser slettes i Questback innen prosjektet avsluttes.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. I den forbindelse ber vi student og veileder vurdere hvorvidt bruken av åpne felter i spørreskjemaet bør begrenses. Det bør opplyses om at informantene ikke må oppgi informasjon som kan identifisere enkeltpersoner på noe vis, enten direkte via navn, eller indirekte gjennom beskrivelse av sted, eller bestemte hendelser.

Personvernombudet legger til grunn at alle data og personopplysninger behandles i tråd med VID vitenskapelig høyskole sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

Questback er databehandler for prosjektet. VID vitenskapelig høyskole skal inngå skriftlig avtale med Questback om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (Questback) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.

### Vedlegg 3: Brev i e-post til kommunenes kontaktpersoner.

Takk for hyggelig telefonsamtale og imøtekommenhet!

Jeg er som jeg sa på telefonen, masterstudent ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo (tidligere Diakonhjemmets sosialhøyskole) og jobber i VIVAT selvmordsforebygging. Jeg er i gang med et forskningsprosjekt om selvmordsforebyggende kompetanse i kommunene, og tar kontakt fordi jeg trenger hjelp til å rekruttere respondenter til prosjektet.

I henhold til NSD (Norsk senter for forskningsdata) sine bestemmelser, må respondentene rekrutteres via kommunen. Derfor trenger jeg hjelp av deg til å få oversendt e-postadresser.

I 2015 fikk VIVAT midler fra Helsedirektoratet til å tilby sterkt subsidierte kurs i Førstehjelp ved selvmordsfare til 25 utvalgte kommuner. .... kommune benyttet seg av tilbudet.

Jeg har utformet et enkelt spørreskjema som jeg ønsker å sende til de som deltok på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i .... kommune i 2015, og til en gruppe ansatte fra tilsvarende eller lignende tjenestesteder, som ikke deltok på kurset.

Spørsmålene i spørreskjemaet handler om holdninger, kunnskap og tiltro til egne ferdigheter i selvmordsforebyggende arbeid. Det vil ta omlag 10 minutter å svare.

Jeg håper du kan ta deg tid til å sende en e-post til de som deltok på Førstehjelpskurset og til 30 andre fra tilsvarende eller beslektede tjenester som for eksempel: Nav, hjemmetjeneste, psykiatritjeneste, barnevern, rustjeneste, tilrettelagte boliger, politi, brannvesen, kirkelige ansatte, legevakt.

Jeg foreslår følgende tekst i din e-post:

..... kommune skal delta i en forskningsstudie om selvmordsforebyggende arbeid. I den forbindelse formidler vi e-postadressen din til Anette Seierstad Skrindo. Hun vil sende deg informasjon om studien og et enkelt elektronisk spørreskjema om kort tid.

Det er et ønske fra kommunens side at spørreundersøkelsen besvares. Dersom du vil reservere deg mot å motta informasjon og spørreskjema, responderer du på denne e-posten med *reservasjon mot informasjon om spørreundersøkelse* innen en uke.

*Med vennlig hilsen*

Om du så vil sende meg e-postene til de som ikke har reservert seg, har du hjulpet meg enormt, og ... kommune blir med i forskningsprosjektet.

Jeg er svært takknemlig for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Anette Seierstad Skrindo  
student VID, og spesialkonsulent/Veileder, VIVAT selvmordsforebygging.

## Vedlegg 4: Spørreskjemaet



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHOCCEVIESSU



# Førstehjelp ved selvmordsfare

Ved å svare på spørsmålene i denne spørreundersøkelsen bidrar du til utvikling av kunnskap om hvordan kommuner og lokalmiljø kan bli bedre beskyttet mot selvmord. Tusen takk for at du tar deg tid til å svare!

### 1) Er du kvinne eller mann?

- Kvinne    Mann

### 2) Hvor gammel er du?

### 3) Hva er din rolle/jobb? Sett Kryss ved det alternativet som passer best.

- Administrativt ansatt    Advokat    Ambulansepersonell    Barnevernspedagog  
 Ansatt i brann og redning    Frivillig    Helsefagarbeider    Helsesøster  
 Lege    Lærer    Miljøarbeider    Politi    Prest    Psykolog  
 Sosionom    Sykepleier    Ungdomsarbeider    Vernepleier    Annet

### 4) Hvilken kommune jobber du i? (Informasjonen vil ikke bli koblet til kjønn, alder eller rolle/jobb,)



På en skala fra helt enig til helt uenig, hvor enig er du i følgende utsagn?

**5) «Bare mennesker med visse kjennetegn, som tilhører en risikogruppe, kan få tanker om å ta sitt eget liv».**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

**6) «Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg komme til å sette vedkommende på tanken».**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

**7) «De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv, kan ikke hjelpes».**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

**8) «En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene».**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

**9) «De fleste selvmord skjer uten forvarsler»**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

---

**10) «Mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, gjør det ikke.»**

- Enig    Delvis Enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke

**11) «De fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve»**

- Enig    Delvis enig    Hverken enig eller uenig    Delvis uenig    Uenig
- Vet ikke



---

Nedenfor skal du svare på noen spørsmål.

**12) Har du tenkt gjennom dine egne erfaringer, tanker og følelser knyttet til selvmord?**

- Ja    I noen grad    I liten grad    Nei    Vet ikke

**13) Har du fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen din?**

- Ja
- Nei

**14) Har du deltatt på kurs om selvmord eller fått annen opplæring i intervensjon ved selvmordsfare?**

- Ja
- Nei



**15) Har du deltatt på kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» som VIVAT selvmordsforebygging formidler?**

- Ja
- Nei



**16) Når gjennomførte du kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare»?**

- Før 2011    2011 – 2014    2015 – 2017    Husker ikke

---

**17) Hvor ofte vil du anslå at selvmord er tema i samtalene du har med klienter/brukere/pasienter i din nåværende jobb.**

- Hver uke
- 1 – 4 ganger i måneden
- 1 – 4 ganger i halvåret
- 1 – 4 ganger i året
- Sjeldnere enn 1 gang i året



---

**18) Har du noen gang, i jobbsammenheng eller privat, blitt bekymret for om et menneske har selvmordstanker?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke



---

**19) Hvor mange ganger har du blitt bekymret for om et menneske har selvmordstanker?**

- 1 – 2
- 3 – 5
- 6 – 12
- flere enn 12
- Jeg vet ikke



**20) Hva gjorde du da du opplevde bekymring for om personen/personene kunne ha tanker om å ta sitt eget liv? (Du kan sette flere kryss.)**

- Jeg var usikker på om vedkommende tenkte på selvmord eller om jeg tok feil, så jeg valgte å ikke foreta meg noe.
- Personen passet ikke inn i noen av risikogruppene jeg kjenner til, så jeg avfeide min egen bekymring.
- Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Så spurte jeg direkte om selvmordstanker.
- Jeg var redd for å sette vedkommende på tanken ved å spørre, så jeg spurte ikke.
- Jeg har ikke kompetanse til å snakke med mennesker om selvmordstanker, så jeg nærmet meg ikke temaet.
- Jeg spurte direkte om vedkommende hadde selvmordstanker.
- Jeg mener selvmord er et privat anliggende, og jeg røpet ikke bekymringen min.
- Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Bekymringen for selvmordstanker forsvant, så vi kom aldri inn på temaet selvmord.
- På arbeidsplassen min har jeg hverken tid eller mulighet til å involvere meg i samtaler om selvmord, så jeg lot bekymringen ligge.
- Jeg turte ikke spørre om selvmordstanker for jeg var redd for å få et bekræftende svar.
- Ingen av alternativene passer



---

**21) Hvis ingen av alternativene på forrige spørsmål passet, kan du gjerne skrive inn hva du gjorde her: (Vær oppmerksom på at du ikke skriver noe som kan identifisere deg selv eller andre.)**



**22) Dersom du i framtiden blir bekymret for om en person kan ha tanker om å ta sitt eget liv, hva tror du at du vil gjøre? (Du kan sette flere kryss.)**

- Jeg vil være redd for å ta feil, så hvis jeg er usikker vil jeg mest sannsynlig ikke foreta meg noe.
- Jeg vil undersøke og sjekke ut signalene som har gjort meg bekymret. Så vil jeg vurdere å spørre direkte om selvmordstanker.
- Jeg vil være redd for å sette vedkommende på tanken om å ta sitt eget liv ved å spørre, så mest sannsynlig vil jeg ikke komme til å spørre.
- Jeg har ikke kompetanse til å snakke med mennesker om selvmordstanker, så jeg vil med all sannsynlighet unngå temaet.
- Jeg vil spørre direkte om vedkommende har selvmordstanker.
- Jeg mener selvmord er et privat anliggende, og vil mest sannsynlig ikke komme til å røpe bekymringen min.
- På arbeidsplassen min har jeg hverken tid eller mulighet til å involvere meg i samtaler om selvmord, så jeg vil mest sannsynlig la bekymringen ligge.
- Jeg vil ikke tørre å spørre av frykt for om vedkommende bekrefter selvmordstanker.
- Ingen av alternativene passer



---

**23) Hvis ingen av alternativene på forrige spørsmål passet, kan du gjerne skrive inn hva du tror du ville ha gjort her: (Vær oppmerksom på at du ikke skriver noe som kan identifisere deg selv eller andre.)**



---

**24) Har noen, uten at du har spurt, fortalt deg direkte at han/hun har selvmordstanker ?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke





---

**25) Har du noen gang stilt en person et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke



---

**26) Hvor mange ganger har du stilt en person spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?**

- 1 - 2
- 3 - 6
- 7 - 12
- flere enn 12
- Vet ikke



**27) Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene? (Du kan sette flere kryss.)**

- Jeg lyttet til personens historie om hva som lå til grunn for selvmordstankene. Så hjalp jeg vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kunne beskytte sitt eget liv.
- Jeg ba om hjelp fra en kollega som tok over.
- Jeg spurte personen om han/hun hadde tenkt på metode. Siden personen ikke hadde det snakket vi videre om noe annet.
- Jeg kom med forslag til hvordan livet kunne bli bedre.  
Jeg foreslo å hjelpe personen i kontakt med en som kunne mer enn meg. Han/hun ville ikke
- at andre skulle vite om selvmordstankene, så vi snakket videre sammen og lagde en ny avtale.
- Jeg hjalp vedkommende i kontakt med lege/legevakta for en selvmordsrisiko-vurdering.
- Personen var ute av stand til å samarbeide med meg så jeg ringte nødetatene.
- Jeg henviste personen til en annen hjelper for videre hjelp.  
Jeg sjekket ut risikoen ved å spørre om vedkommende hadde tenkt på metode, hadde
- forsøkt å ta livet sitt tidligere, fikk hjelp for psykiske helseplager eller rusa seg mer nå enn vanlig. Så laget vi en plan for hva personen hadde behov for av hjelp for å beskytte livet mot selvmord.
- Personen ville ikke snakke om selvmordstankene, så vi skiftet samtaletema.
- Ingen av alternativene passer



---

**28) Hvis ingen av alternativene på forrige spørsmål passet, kan du gjerne skrive inn hva du gjorde her: (Vær oppmerksom på at du ikke skriver noe som kan identifisere deg selv eller andre.)**



**29) Dersom du i framtiden får vite at en person har tanker om å ta livet sitt, hvordan tror du at du vil komme til å følge opp svaret? (Du kan sette flere kryss.)**

- Jeg tror jeg vil lytte til personens historie om hva som ligger til grunn for selvmordstankene.
- Så vil jeg hjelpe vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kan beskytte sitt eget liv.
  - Jeg tror jeg vil be om hjelp fra en kollega som kan ta over.
  - Jeg tror jeg vil spørre personen om han/hun har tenkt på metode. Om vedkommende ikke har det vil jeg dreie samtalen over på et annet tema.
  - Jeg tror jeg vil hjelpe vedkommende i kontakt med lege/legevakta for en selvmordsrisikovurdering.
  - Jeg tror jeg vil komme med forslag til hvordan livet kan bli bedre.
- Jeg tror jeg vil foreslå å hjelpe personen i kontakt med en som kan mer enn meg. Om
- Han/hun ikke vil at andre skal vite om selvmordstankene, vil jeg snakke litt videre med vedkommende og lage en ny avtale.
  - Jeg tror jeg vil be personen om å bestille time hos fastlegen for å fortelle legen om selvmordstankene.
- Jeg tror jeg vil sjekke ut risikoen ved å spørre om personen har tenkt på metode, har forsøkt
- å ta livet sitt tidligere, får hjelp for psykiske helseplager eller ruser seg mer nå enn vanlig. Så vil jeg hjelpe til med å lage en plan for hva personen kan gjøre for å beskytte livet her og nå.
  - Ingen av alternativene passer



---

**30) Hvis ingen av alternativene på forrige spørsmål passet, kan du gjerne skrive inn hva du tror du vil komme til å gjøre her: (Vær oppmerksom på at du ikke skriver noe som kan identifisere deg selv eller andre.)**



**31) Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?**

- Ja    I noe grad    I liten grad    Nei    Vet ikke



---

**32) Hva skal til for at du skal få den kompetansen du tenker at du trenger?**

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

## Vedlegg 5: Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt

# Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt

## Tema:

### ***Førstehjelp ved selvmordsfare***

#### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Anette Seierstad Skrindo. Jeg er masterstudent ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo og jobber i VIVAT selvmordsforebygging. Jeg er i gang med et forskningsprosjekt hvor jeg skal undersøke *om deltakelse på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare gir deltakerne kompetanse og tro på egne ferdigheter til å kunne gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare.*

Prosjektet utføres i samarbeid med VIVAT selvmordsforebygging og Universitetssykehuset Nord Norge.

Utvalget i prosjektet er ansatte i kommuner hvor VIVAT i 2015 gjennomførte kurset Førstehjelp ved selvmordsfare ved bruk av midler fra Helsedirektoratet. Studien omfatter både personer som deltok på Førstehjelpskurset og personer som ikke deltok.

Formålet er å frembringe kunnskap som kan bidra til å videreutvikle og styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i kommunene.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg har utformet et enkelt spørreskjema som jeg håper du som mottaker av denne invitasjonen vil ta deg tid til å fylle ut. Det tar ca 10 minutter. Spørsmålene handler om holdninger, kunnskap og tiltro til egne ferdigheter i selvmordsforebyggende arbeid.

#### **Hva skjer med informasjonen fra deg?**

Opplysningene behandles konfidensielt. Den tekniske gjennomføringen av spørreundersøkelsen foretas ved bruk av Questback. Undertegnede henter dataene fra Questback uten kobling til ditt navn eller din e-post/IP adresse. Det er veileder og student som får tilgang til datamaterialet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i november 2017. Da slettes alle e-post/IP adresser i Questback.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du samtykker til deltakelse ved å gå inn på vedlagte link, svare på spørsmålene og sende inn spørreskjemaet.

Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte Anette Seierstad Skrindo (student): [anette@skrindo.no](mailto:anette@skrindo.no), telefon: 41312805, eller Aleksandra Sæheim (veileder): [aleksandra.saeheim@vid.no](mailto:aleksandra.saeheim@vid.no), telefon: 22 34 19 56.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Bidraget fra deg er viktig. Jeg håper at du deltar!

Med vennlig hilsen

Anette Seierstad Skrindo