

Kompetanse på selvmordsnære pasienter

- *En kvalitativ studie om behandlere i ambulans team sin kompetanse i møte med pasienter som ikke ønsker å leve*

Irene Pauline Eilertsen

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2018



Forord

Tenk at jeg har vært så heldig å ha mulighet til å skrive en masteroppgave om et tema som engasjerer meg. Dette hadde jeg ikke tenk var mulig for noen år tilbake.

Jeg ønsker først å takke mine informanter som har stilt opp i en hektisk hverdag, som har vært villig til å dele tanker og erfaringer. Uten dere hadde det ikke vært mulig å skrive oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Henriette Riley for tålmodighet, tid, hjelp og støtte i prosessen med å få oppgaven nedskrevet.

Jeg ønsker også å rette en takk til mine kollegaer og familie for nysgjerrighet, positive tilbakemeldinger og ord, tips og støtte. Jeg må til slutt takke samboeren for tålmodighet. Jeg har vært mye fraværende men nå blir det endelig tid til fiske, jakt og hundene igjen.

Irene Pauline Eilertsen

Sammendrag

Bakgrunn: I dagens samfunn er det en holdning om at man skal forhindre de fleste selvmord, det er fremsatt en nullvisjon på dette fra nasjonalt hold. Når studien blir gjennomført i ambulant akutt team er det fordi at henvendelser fra lege/legevakt blir rettet til ambulant akutt team for vurdering og støtte. Ambulant akutt team møter ofte på pasienter som tenker på å ta sitt eget liv. Når behandlere ambulant akutt team møter pasienter som tenker på å avslutte livet, må de bruke all sin kunnskap og erfaring for å forhindre at pasienten tar sitt eget liv. Behandlerne bruker seg selv som verktøy for å berge liv. Det er derfor viktig at behandlerne er bevist sin egen kompetanse, og hvordan de kan hjelpe pasienten.

Hensikt: Få økt innsikt i hva behandlere i ambulant akutt team anser som viktig kompetanse i møte med pasienter som er selvmordsnær.

Metode: Studien er kvalitativ, hvor dataen er samlet inn gjennom fire semistrukturerte forskningsintervju.

Resultater: Behandlerne i ambulant akutt team erfarer at kunnskap de har om relasjon, kommunikasjon og omsorg er viktig når de møter selvmordsnære pasienter. Videre erfarer de at refleksjon over egne erfaringer og hvordan de blir ivaretatt, er betydningsfull i videreutvikling av sin kompetanse.

Nøkkelord: behandler, kompetanse, selvmordnær, selvmordstanker, relasjon, tålmodighet, ambulant akutt team.

Abstract

Background: There is an attitude in today's society to prevent most suicides, and our government presents a vision zero. This study is done within an ambulant acute team (AAT), because inquiries from doctors and the emergency room, are presented to the AAT for judgment and support. AAT often meet with patients who consider suicide. When meeting these patients in treatment, the knowledge and experience to prevent the patient from committing suicide. The social worker uses herself as a tool in trying to save the patient's life. In order to do this it is important that the social worker is aware of her own competence and knowledge about how to help the patient.

Aims: Increase knowledge of what social workers in ambulant acute teams consider important competences when meeting suicidal patients.

Methods: This is a qualitative study and the data is collected through four semi-structured research interviews.

Results: Social workers in AAT experience that knowledge about relationships, communication and care are important when meeting with suicidal patients. They also consider reflection on their own experience and how they themselves are safeguarded are meaningful components for competence development.

Keyword: Social worker, competence, suicidal, suicidal thoughts, relationship, patient, ambulant acute team.

Innhold

1. Innledning.....	6
1.1 Introduksjon.....	6
1.2 Beskrivelse av ambulanset akutt team.....	8
1.3 Problemstilling	9
1.4 Beskrivelse av begreper	9
1.4.1 Selvmordsmeddelelse.....	9
1.4.2 Behandler i ambulante tema.....	10
1.4.3 Kompetanse.....	10
1.5 Masteroppgavens struktur	10
1.6 Begrunnelse for valg av tema.....	11
2. Tidligere forskning	12
3. Teoretisk perspektiv.....	15
3.1 Møte med selvmordsnære mennesker	15
3.2 Relasjon mellom behandler og pasient.....	16
3.3 Kommunikasjon mellom behandler og pasient.....	18
4.4 Behandlers kompetanse.....	19
4.4.1 Teoretisk kunnskap.....	20
4.4.2 Personlig kompetanse.....	21
4.4.3 Yrkesspesifikke ferdigheter	21
4. Metode.....	22
4.1 Hermeneutikk	22
4.2 Egen forforståelse.....	23
4.3 Å forske i eget fagfelt.....	23
4.4 Studiets opptaksområde.....	24
4.5 Forskningsdesign.....	25
4.5.1 Utvalg	25
4.5.2 Rekruttering.....	26
4.6 Valg av metode for datainnsamling	27
4.6.1 Intervjuguiden	27
4.6.2 Prøveintervju	28
4.6.3 Gjennomføring av intervjuene	28
4.7 Valg av metode for datanalyse.....	29
3.8.1 Transkribering	29
4.8 Analyse	29
4.9 Forskningsetiske vurderinger	31
5. Funn.....	32

5.1 Tålmodighet i behandlerrollen	32
5.1.1 Tid og rom i samtalen.....	33
5.1.2 Bruk av språk i behandlerrollen	34
5.2 Trygghet i behandlerrollen	35
5.2.1 Behandler – å være tilstede som privat person.....	35
5.2.2 Omsorg	36
5.3 Refleksjon.....	37
5.3.1 Refleksjon rundt personlige erfaringer.....	37
5.3.2 Refleksjon om ivaretagelse av helsepersonell.....	38
6. Diskusjon.....	39
6.1 Tålmodighet i behandlerrollen	40
6.1.1 Tid og rom i samtalen.....	40
6.1.2 Bruk av språk i behandlerrollen	41
6.2 Trygghet i behandlerrollen	43
6.2.1 Behandler – å være tilstede som privat person.....	43
6.2.2 Omsorg	44
6.3 Refleksjon.....	45
6.3.1 Refleksjon rundt personlige erfaringer.....	46
6.3.2 Refleksjon rundt økt kompetanse	47
6.3.3 Refleksjon rundt ivaretagelse av behandlere.....	48
6.4 Fordeler og ulemper ved studiet.....	50
6.5 Refleksjoner og implikasjoner	51
7. Metodisk refleksjon.....	51
7.1 Validitet og reliabilitet i studiet	53
8. Avslutning.....	54
8.1 Oppsummering	54
8.2 Metodekritikk	54
8.3 Videre forskning	55
Litteraturliste	56
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....	60
Vedlegg 2 - Samtykkeskjema	62
Vedlegg 3 - Godkjenning fra NSD og forlengelse av frist	63
Vedlegg 4 - Intervjuguide	66

1. Innledning

1.1 Introduksjon

Selv mord er et stort folkehelseproblem, og samtidig en av det mest stigmatiserte handlingene i samfunnet (Helsedirektoratet 2014). I 2016 ble det registrert 617 selvmord i Norge. Av disse var 421 menn og 196 kvinner (Folkehelseinstituttet 2016). Hjelpeapparatet og ikke minst de pårørende ønsker at selvmordsstatistikken skal reduseres, det er ønskelig å forhindre de fleste selvmordene i Norge (Sosial og helsedirektoratet 2008).

Forsker Fredrik Walby ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging, har kartlagt selvmord i spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rus mellom 2008 og 2015. De tallene som er blitt presentert er mye høyere enn man først antok, det viser seg at i perioden 2008-2015 var det 1910 pasienter som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus året før selvmordet (Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord, udatert). Dette utgjorde 43% av alle selvmord i Norge den perioden, det vil si at årlig er det 250 pasienter i tjenestene som tar sitt eget liv (Ibid).

Derfor er det viktig å beskrive hva selvmordsforsøk og selvmordsmedelelse er. Retterstøl, Ekeberg & Mehlum (2002, s.15) beskriver selvmordsmedelelse som en handling som formidles til verden gjennom talen, adferd og handling. Formidlingen til verden kan skje gjennom indirekte handlinger, som planlegging av testament og begravelse, eller at det gis bort gaver. Eller gjennom en dritekte handling som at man samler opp tabletter, eller går til innkjøp av tau. Selvmordsmedelelse kan også skje gjennom ord, som eksempel” *farvel, kanskje ses vi ikke mer*”, eller gjennom direkte trussel med ord som for eksempel trusler om å ta sitt liv hvis man ikke får det som man vil” *går du fra meg, tar jeg livet mitt*”.

Selvordsforsøk beskrives som: *virksomhet som inneholder handlinger med villet egenskading og målet død, men hvor resultatet ikke er døden* (Hammerlin & Schjelderup, 1994, s. 127).

Årlig er det mellom 4-6000 personer som er i kontakt med helsevesenet grunnet selvmordsforsøk (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging, udatert). Så mange som 50-90% av de som gjennomfører selvmordet har i året før de dør vært i kontakt med helsetjenesten, og da særlig fastlege eller annen helsepersonell i kommunen (Ibid). Det er vesentlig at hjelpeapparatet involveres raskt etter et selvmordsforsøk og at hjelpeapparatet har

den nødvendige kompetansen til å arbeide med personer med suicidal atferd (Sosial og helsedirektoratet 2008).

En viktig oppgaven til helsepersonell som kommer i kontakt med pasienter som har gjort et forsøk på selvmord er å avklare fremtidig risiko. Det bør avklares hvilke forhold som ligger til grunn for selvmordsforsøket. Det kan være krise, psykisk lidelse, eller andre faktorer som økonomi eller rus. Videre må en vurdere om det er behov for videre oppfølging og/eller behandling. Hvis det vurderes at pasienten har behov for videre oppfølging bør det lages en plan for dette (Sosial og helsedirektoratet 2008). Sentral anbefaling er at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør vurderes for selvmordsrisiko (Sosial og helsedirektoratet 2008). Det skal da gjøres en suicidalkartlegging, hvor selvmordsfare vurderes ut fra informasjonen som kommer frem i kartleggingen (Ibid).

Bak mange selvmordsforsøk og selvmord oppleves det ofte å ha være følgende uttalelser” *livet er ikke verdt mer å leve*” eller” *jeg ønsker bare å dø*”. Slike uttalelser kan være vanskelig å ta imot, enten man jobber som helsepersonell eller hvis det er pårørende som blir mottaker av disse truslene om at livet ikke er verdt å leve. Bak disse uttalte ordene om å avslutte livet sitt, er det ofte noe mer som ligger bak disse ordene. Det kan være et rop om hjelp, behov for støtte der pasienten er i livet sitt her og nå, eller det kan være en reell fare for at pasienten velger å ta sitt eget liv fordi det er en draging mot døden. Men det er som regel flere momenter som ligger bak en uttalelse om at livet er vanskelig.

Mennesker som får det så vanskelig i livet at de søker kontakt med lege eller andre hjelpeinstanser, vil bli videre henvist til kontakt med ambulant akutt team fordi det er her de akutte sakene blir håndtert i spesialisthelsetjenesten. Selvmordstanker eller planer er noe som kan trenge oppfølging og støtte for å kunne greie å stå i valget mellom liv og død.

Ambulant akutt team (AAT) møter nesten daglig personer som blir akutt henvist med selvmordstanker, som er i behov for støtte i en fast i livet hvor det er svært vanskelig å leve. Det er viktig å ha med seg at de fleste menneskene en eller annen gang i livet vil oppleve å ha selvmordstanker, kjenne på depresjon og føle på angst. Dette er normalt, men når man tenker på selvmord hvor det er en plan for hvordan man skal ta livet sitt og det mulig er tidsaspekt inne i bildet, da er man i behov for hjelp og støtte, for å velge livet.

1.2 Beskrivelse av ambulant akutt team

De helsepolitiske føringene fra 2014 sier at distrikts psykiatrisk senter (DPS) skal ha tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling døgnet igjennom. I helsedirektoratet rapport fra 2014 om «Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktspsykiatriske senter» er det vedtatt at alle DPS i landet skal opprette AAT for å ivareta funksjonen med akuttjenesten døgnet rundt.

Rapporten fra 2014 beskriver følgende formål med AAT:

- At pasienter skal kunne tilbys behandling som gir liten inngripelse i deres dagligliv
- Å gi et tilbud til pasienten ut fra dens eget valg og mestring, i samhandling med pårørende og nettverket
- Bidra til å redusere bruk av tvang
- Unngå unødvendige innleggelseser
- Å gi et helhetlig tilbud
- Å bidra til god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune
- Ha fokus på tilgjengelighet og trygghet

De nasjonale føringene sier at AAT skal bestå av personell med høy kompetanse og de skal være god bemannet. Teamene skal være tilgjengelig 24/7, og de skal være enkle å komme i kontakt med, og dermed gi tilgang til rask hjelp. Det er også ønskelig med hjemmebehandling av pasientene.

I Troms fylke er det i dag fem AAT og disse er lokalisert i Tromsø, Harstad, Narvik, Storslett og Silsand. De ulike teamene er organisert relativt likt med personell og tilgjengelighet på spesialister. Ressurser som psykologer er enten tilknyttet teamene eller de har tilgjengelig psykolog som er inne noen timer i uken for vurderinger av sakene. Teamene er opptatt at det skal være tverrfaglighet, slik at det er barnevernspedagoger, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere som er ansatt. Det foreligger føringer om at høyskoleutdannet personell skal ha videreutdanning innen psykisk helse, som et minimum. Noen av teamene har valgt å fokusere på kognitiv tilnærming, mens andre team har et fokus på nettverksarbeid.

AAT viktigste oppgave er å gi støtte ved kriser som gir utslag i angst, depresjoner, psykoser

eller selvmordstanker. Hjelpen skal være av kort varighet, tre til fem samtaler, og med mulighet for videre henvisning til riktig instans ved ytterligere behov. AAT er en del av den akutte behandlingsskjeden, hvor hensikten er å utrede og gi rett tiltak og behandling på rett nivå til rett tid. AAT gir krisesamtaler for personer over 18 år, men fra 14 års alderen gis det samtaler i tett samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Universitetssykehuset Nord-Norge, udatert)

1.3 Problemstilling

Denne masteroppgaven har til hensikt å få frem kunnskap og bedre forståelsen for hva som er viktige redskaper for behandlere i ambulant akutt team når de møter pasienter som ikke ønsker å leve lenger. Masteroppgaven er en kvalitativ intervjustudie med fire behandlere ansatt i ambulant akutt team og har følgende problemstilling:

«Hvilken kompetanse erfarer behandlere i ambulant akutt team som viktig i møte med pasienter som ikke vil leve?»

1.4 Beskrivelse av begreper

Under vil jeg beskrive noen sentrale begrepene i oppgaven, slik at de skaper en større forståelse når begrepene brukes videre.

1.4.1 Selvmordsmeddelelse

Når AAT møter pasienter som har kommet med selvmordsmeddelelser i ulike form, er det som regel gjennom legevakt eller at det er pårørende som tar kontakt for støtte og hjelp til veien videre.

Når en person gir uttrykk for selvmordstanker eller planer for selvmord, kan det skape redsel hos mottaker av meddelelsen. Jeg tenker da at det er mottaker av meddelelsen om selvmord, som må bruke all sin kunnskap om å berge livet til pasienten. Man skal gi håp og løfter om bedring i fremtiden. Det er viktig å ha med en beskrivelse av hva det vil si å jobbe med selvmordsnære pasienter, hva det innebærer av utfordringer.

1.4.2 Behandler i ambulante tema

I studiet har jeg intervjuet informanter som enten har sosial eller helsefaglig utdannelse. I AAT blir de som har treårig høyere utdannelse omtalt som behandlere og har da selvstendig behandlingsansvar.

Pasientene som behandlerne i AAT møter er pasienter som er i kriser, enten i form av at de er selvmordnære, eller at de opplever kriser etter samlivsbrudd eller lignende. Eller at de har psykiske lidelser som gjør livet utfordrende. Det er en tanke at AAT skal gjøre psykosevurderingen, dette da AAT har kort ventetid på at behandling igangsettes. AAT har mulighet til å treffe pasienten der de er, enten det er hjemme, på legekontoret/legevakt eller hvis det er ønskelig å møtes på kafe. Slik jeg er kjent med AAT er at de skal være fleksibel, og de strekker seg langt for å komme pasienter i møte for samtale. Behandlerne i AAT jobber som regel to og to sammen, dette for å sikre kvaliteten på tilbudet som gis, men også for sikkerheten for behandlerne. Det er viktig å ha med en beskrivelse av hva det vil si å være behandler i AAT, dette for å synliggjøre det ansvaret som ligger på hver enkelt behandler i møte med pasienter.

1.4.3 Kompetanse

I møte med selvmordsnære pasienter bruker man all den kunnskapen man har tilegnet seg gjennom erfaringer, utdanninger, refleksjoner og livet generelt. Dette er en kompetanse jeg tenker man har med seg i sin ryggsekk hvor hen man er og det er en kompetanse man har med seg og som man bruker ulikt i situasjoner. Men Tveiten (2003, s. 14) beskriver kompetanse som individuelle kunnskaper, holdninger, ferdigheter og erfarings basert innsikt relatert til en definert yrkesfunksjon. Kompetansen er en viktig del av hvordan man utøver sitt yrke og hvilke verktøy man har tilgjengelig i sin verktøykasse når man møter på utfordringer. Det er viktig å ha med seg en beskrivelse av hva kompetanse er eller kan være. Dette for å være bevisst på hva man har med seg av tilgjengelige verktøy som kan brukes når man møter pasienter som har det så vanskelig at de tenker på å ta sitt eget liv.

1.5 Masteroppgavens struktur

Oppgaven har følgende struktur: Etter innledningskapittelet følger kapittel 2 med presentasjon av det teoretiske utgangspunktet, hvor litteratur og forskning er tatt med.

I kapittel 3 gis det en beskrivelse av metode, hvor det redegjøres for hvilken valg av metode som er benyttet, utvalg av informanter og analyse av funnene.

I kapittel 6 presenteres funnene fra analysen.

I kapittel 7 diskuteres funnene opp mot oppgavens teoretiske utgangspunkt og tidligere forskning. Her blir informantene omtalt som behandlere.

I avsluttende kapittel 8 er det en diskusjon rundt fordeler og ulemper ved studiet, oppsummering og videre forskning

1.6 Begrunnelse for valg av tema

Jeg er utdannet sosionom og har videreutdanninger innen psykisk helse og rus, og nettverksarbeid. Til daglig arbeider jeg i spesialisthelsetjenesten ved AAT i psykisk helsevern.

I 2009 mistet jeg en nær person i selvmord. Dette gjør at jeg ofte får spørsmål fra familie og venner om hvordan jeg greier å arbeide så nært med selvmordsnære pasienter. Dette er noe jeg reflekterer ofte over. Jeg har ikke kommet frem til noe annet svar, enn at å jobbe med mennesker som har det vanskelig er spennende og givende.

Jeg startet i AAT for 6 år siden, og møter ofte behandlere, psykologer, sykepleiere og annet helsepersonell som har arbeidet hele sin yrkeskarriere innen psykisk helsevern. Min forståelse av dette er at de også synes at det å jobbe med mennesker og de utfordringene dette medbringer er givende, spennende og utfordrende. I mitt team har vi stadig diskusjoner og refleksjoner om hva som gjør at vi holder ut i yrket, og hvor vi henter støtte for å kunne greie å stå i jobben over år. Disse temaene er noe vi til stadighet kommer tilbake til uten at vi finner klare svar. Det er nok en av grunnene til at diskusjonene kommer opp med jevne mellomrom hvis vi for eksempel er stresset, presset eller opplever andre belastende hendelser.

Jeg reflekterer ofte over mine egne negative følelser ovenfor pasienter som ønsker å ta sitt eget liv. Jeg kan kjenne på irritasjon, frustrasjon og oppgitthet. Dette er følelser jeg får når jeg for eksempel møter samme pasienten som har tanker om å ta sitt eget liv for fjerde. Jeg kan ta meg selv i å tenke «*hvorfor tar du ikke ditt eget liv*»? Dette er på mange måter «forbudte»

tanker som jeg opplever at det ikke snakkes høyt om. Når jeg har hatt disse negative tankene har jeg allikevel greid å gi pasienten håp og snu situasjonen slik at pasienten ikke tar sitt eget liv i den runden. Hva er det som gjør at jeg greier å jobbe med dette over tid, og er det bare jeg som tenker og føler slik om pasienter som ønsker å ta sitt eget liv?

2. Tidligere forskning

Forskningen og litteraturen som er brukt i studien er innhentet med søk i PsycINFO, NORART, Oria's og Bibsys databaser. Søket er gjort med forskjellige kombinasjoner av søkeordene: treats, social worker, therapist, therapist-patients-relations, competence, professional competence, suicide, suicide thoughts and ambulant akutt team. På norsk er søkeordene som følgende: Behandler, terapeut, helsepersonell, kompetanse, behandling, selvmordsnær, selvmordstrussel og ambulant akutt team. Selv om det er foretatt søk på engelsk litteratur og forskning, har jeg valgt å ta for meg norsk litteratur og forskning i studiet.

Det finnes noe forskning på helsepersonell i døgnposter og hvordan de erfarer det når de mister pasienter i selvmord (Lander & Nesje 2004). Det er ikke kjent for undertegnende at det er material eller at det er gjort flere studier om behandlere i AAT og deres kompetanse på pasienter som ikke ønsker å leve lengre.

Den forskningen som blir ansett for å være mest relevant for dette studiet blir presentert nedenfor.

I studiet til Vråle (2014) om «Bekymringer som blir bekreftet», skriver hun om helsepersonells opplevelser når en pasient tar sitt eget liv og hvor vanskelig det kan være for helsepersonell som har jobbet tett med pasienten i tiden før selvmordet. Helsepersonell i studiet forteller om sine erfaringer når en mister pasienter i selvmord. De forteller om negative følelser som skam, utilstrekkelighet, skyld, sjokk, angst, sorg og sinne. Vråle har gjort en kvalitativ studie der hun har intervjuet fire helsepersonell som forteller om opplevelser fra sin praksis. Vråle konkludere med at selvmord ofte leder til ettertanke i den tiden helsepersonellet hadde før pasienten tok sitt eget liv og hvilke momenter som var av betydning for de i ettertid. Det fremkommer også i studiet at helsepersonellet kan sitt igjen med en følelse av å ikke har gjort en god nok jobb, de bebreider seg selv for selvmordet. Kollegastøtte kommer frem som et viktig moment for ivaretagelse i ettertid etter selvmord og

at det i ettertid blir saken gjennomgått. Dette for at omstendigheten rundt selvmord skal bli vurdert, slik at læring blir et formål etter selvmordet.

Hvilke rolle relasjon kan ha i forebygging av selvmord, er det som Vråle (2010) undersøker i sitt studiet hvor to «ekspert» sykepleiere forteller som sin opplevelse med å skape terapeutisk allianse gjennom å gi gave til en pasient. Vråle spør her om ekspertpsykepleiers relasjoner i praksis kan forebygge selvmord. I studiet ser Vråle på ulike aspekter ved å ha en personlig relasjon til pasienter som er selvmordsnær og om den relasjonen kan utgjøre en forskjell. Motivasjonen til sykepleierne for å gi pasienten en gave var for å anerkjenne pasienten. Gaven ble en bekreftelse og et symbol på at sykepleierne hadde forstått livssituasjonen til pasienten. Vråle undrer seg over om pasientens tidligere relasjoner har vært skjøre, slik at når pasienten får en anerkjennelse gjennom en gave fra sine «hjelpere» blir denne relasjonen som er bygget opp mellom pasienten-sykepleierne av en betydningsfull art for pasienten. Denne relasjonen mener Vråle da blir en beskyttende faktor, som kan være med å forebygge selvmord hos pasienten. Når sykepleierne tør å involvere seg personlig i pasientens liv, kan det styrke selvmordspasientens tilhørighet, håp og livsmot.

Ansatte i ambulant psykiatrisk team i Follo har delt sine erfaringer, om hvordan de opplever det å jobbe tett med mennesker i akutt krise flere ganger for dag (Hultberg & Karlsson 2008). De funnene om erfaringene som kommer frem ble til følgende beskrivelser: Sårbarhet, Tidspress, Tro og visjon, og Distanse. Under sårbarhet kom det frem at flere behandlere følte jobben som emosjonelt krevende, de følte en avmakt i møte med pasientene. Det kom frem at behandlernes opplevelser hang nøye sammen med hvor god jobb de erfarte at de gjorde, når de til stadighet møtte pasienter i psykiske kriser. Tidspress kom det frem behov for å ha mulighet til å stoppe opp å ha tid til ettertanke, behandlerne hadde over tid følt økt tidspress som de følte gikk ut over kvaliteten på jobben de gjorde. Ut fra dette følte mange av behandlerne på en utilstrekkelighet og de startet da å tvile på om de gjorde en god nok jobb. Når det kom til tro og visjon, handlet det om hvor krevende det kunne være å hele tiden skulle få til en dialog med pasienten, samarbeidspartnere eller pårørende. Men de opplevde det også om givende å dra på hjemmebesøk til pasienten, det kommer frem at det er da de føler de kommer i kontakt med pasienten og nettverket. Ambulant team i Folla hadde også retningslinjer om at de skulle jobbe to og to sammen, det kommer frem som positive erfaringer. De føler seg mer trygg i jobben og i møte med pasienten og nettverket. I forhold til avstand erfarte de et behov for større avstand i de sakene de jobbet med. De savnet rom for ettertanke. De tok derfor jobben oftere med seg hjem, men det var gjort tiltak som felles

samtale ved dagens slutt for å forebygge belastninger som kunne oppstå ved at de tok jobben med seg hjem.

Larsen (2011) beskriver de negative følelsene behandlere kan kjenne i samtaler med pasienter. Larsen beskriver motoverføringer er og hvordan de oppleves for behandleren. Det kommer også frem at Larsen anbefaler behandlere som er blitt bevist motoverføring i å gå i behandling for sine tanker og traumer som ligger til grunne for de negative reaksjonene som blir vekket i samtale. Det kommer frem i artikkelen en beskrivelse av historien bak motoverføring, hvordan motoverføring er blitt beskrevet i litteraturen siden Freuds tid. Fokuset i artikkelen er tanken om at det er nærliggende at profesjonelle i sin omtale av suicidalitetsproblematikk på en ikke fordømmende måte kommer i skade for å benekte og underkjenne sine følelser over fenomenet suicidalitet.

At man tør å stille spørsmål rundt selvmord og selvmordstanker kommer frem i Jessen & Holtan (2009) sitt studie som viktige elementer. Hvis man som behandler stiller direkte spørsmål rundt selvmordstanker vil man være kyndig, men hvis man er redd for å spørre om selvmordstanker er man ukyndig i sitt arbeid. Dette er noe Jessen & Holtan kommer frem til, gjennom 4 fokusintervju med 5-8 deltakere. Jessen & Holtan beskriver kyndighet som en erkjennelse av ansvar, men samtidig at hjelperen ikke kan redde alle. Når hjelperen har en forståelse av sitt og andres ansvar, er det lettere å stå i den vanskelige situasjonen. Når man er ukyndig er det en redsel for å bli ansvarliggjort, her påtar hjelperen seg det fulle ansvaret for den andres handlinger. Det kommer også frem at det å inneha en hjelperrolle medfører mange tanker og følelser, som både den kyndige og ukyndige hjelperen kan ha behov for å få snakket om og reflektert rundt. Jessen & Holtan holder frem viktigheten av veiledning som en verktøys som kan brukes som en beskyttelse mot belastningene.

Forskningen ovenfor viser at kvalitativ forskning er godt egnet til å undersøke og utdype forhold som omhandler behandlerens kompetanse av pasienter som tenker på å avslutte livet sitt. Det viser til teoretisk kunnskap, holdninger, relasjoner og allianser i behandling, blant de aspekter som er blitt utdypet ovenfor. Men man kan oppsummere med at forskningen i liten grad tar for seg hva behandlere erfarer som viktig kompetanse når de møter pasienter som er selvmordsnær.

3. Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres teoretiske perspektiver som ligger til grunn i studien. Teorier som presenteres vil videre bli benyttet til å analysere og diskutere studiets funn.

3.1 Møte med selvmordsnære mennesker

Selvord rører ved de grunnleggende spørsmålene som liv og død (Vråle 2009). Ofte vil etterlatte etter selvmord ha mange spørsmål til hvorfor det skjedde. Vråle (2009) skriver om ulike risikosituasjoner og årsakssammenhenger som kan føre til selvmord; ensomhet, kjønn og alder, rusmisbruk, psykiske lidelser, somatisk helse eller kriser hvor mennesker opplever nederlag og skam. Behandlere som jobber med pasienter hvor det er fare for selvmord, må være bevisst at det er ulike risikosituasjoner som blant annet ved plutselige kriser, katastrofer, og i ferier og høytider (Ibid), som kan øke faren for selvmord.

Når det bygges relasjon mellom pasient og hjelper, skriver Vråle (2009) at relasjon som skapes kan virke lindrende på for eksempel selvmordstanker. Martinsen i Vråle (2009) mener at omsorg er viktig i selvmordsforebyggende arbeid. Omsorgen handler om en forståelse for den andre og at relasjon som omsorg har med fellesskap med den andre å gjøre (Ibid). For å få oppnå denne relasjonen, skriver Vråle (2009) at det å skape en åpen dialog mellom mennesket som er selvmordsnært og personalet som jobber nært med personen er viktig.

Når en pasient har selvmordstanker, må det skapes en bearbeidelse og et innhold av disse tankene slik at de ikke fremkaller selvmord (Vråle 2009). Vråle (2009) skriver at bearbeidelsen av selvmordstankene kan skjer gjennom en samtale om tankene og å få sette ord på det som er vanskelig, det å snakke sammen er med på å skape en motpol til selvmordstankene. Motpolen blir da livslyst, som kan skapes gjennom positiv dialog, slik at tingene som er vanskelig kanskje får et annet lys i samtalen.

Behandlere som jobber tett med pasienter som ikke ønsker å leve, vil kanskje kunne tenke tanker som «*har mennesket rett til å ta sitt eget liv?*» og «*har jeg rett og plikt til å hindre at pasienten tar sitt eget liv?*», og Vråle (2009) skriver at slike tanker bør det reflekteres og jobbes med. Derfor må behandlere være bevisst sine tanker og holdninger, og at man har reflektert rundt disse vanskelige spørsmålene når de oppstår. I et kollegia bør det være rom for å dele og diskutere egne tankene og ha en felles forståelse, holdning og lik fremgangsmåte i støtten til pasienter i livets vanskeligste situasjoner.

Hultberg & Karlsson (2008), skriver om de utfordringene ansatte i AAT kan oppleve i sin jobb

hvor de møter selvmorsnære pasienter. Hultberg & Karlsson (2008) erfarer at ansatte synes det er tøft å forholde seg til så mange kriser som pasienter har, og at de ikke har tid til seg selv i etterkant av krisene. Dette fører igjen til utfordringer som økt stress og følelse av utilstrekkelighet. Dette er følelser som de ansatte nevner i Hultberg & Karlsson (2008) undersøkelse. Når behandlere opplever slike følelser som utilstrekkelighet, skyld, og sorg er dette negative følelser som de kan være i behov av å få støtte og veiledning på (Vråle 2014).

3.2 Relasjon mellom behandler og pasient

Relasjon blir beskrevet som en gjensidig påvirkning av hverandre slik at det den ene gjør, sier, tenker eller føler, innvirker på hva den andre gjør, sier tenker eller føler (Opjordsmoen, Vaglum & Thorsen 2006, s. 14). Relasjonen oppstår når mennesker møtes (Ibid), her i studiet er det relasjonen mellom behandler og pasient som kommer gjennom bevist holdning fra behandler om å skape en relasjon. Gjennom å skape en relasjon, kan man hjelpe og støtte pasienten til ikke å ta sitt eget liv. I relasjonen skaper vi tillit og Løgstrup (2000) beskrivelse at vi møter mennesker med en naturlig tillit. Denne tilliten vi har i møte med mennesker vi kjenner godt og i møte med mennesker som er ukjente for oss. Det skal mye til før vi møter ukjente mennesker med en mistillit (ibid).

Schibbye (2009) skriver at alliansen mellom behandler og pasient er viktig og at det er behandlerens forståelse og aksept som legger grunnlaget for relasjonen. Vråle (2010) skriver at gjennom å vise vilje til å snakke med pasienter om vanskelige ting, viser man omsorg og tilstedeværelse i møte med pasienten, dette er viktig for å etablere en god relasjon (Ibid). Opjordsmoen et al., (2006) skriver om den terapeutiske alliansen som består av to deler; *den rasjonelle* og *den irrasjonelle*. Disse to forholdene skal beskrive hva som er viktig i behandler – pasient relasjonen (Ibid).

Det rasjonelle delen (Opjordsmoen et al., 2006, s. 18).

- Kontaktforholdet; her skal behandleren tåle å stå i pasientens sine følelser. Behandler skal være ekte, gi varme, akseptere, vise empati og være nøytral. Hvis behandleren selv har psykiske problemer eller håndterer pasientenes følelser på feil måte, kan det forårsake forstyrrelser i relasjonen. Pasienten skal bidra med tillit i relasjonen og være mottakelig for empati. Pasienten skal ønske en tilknytning til behandleren. I relasjonen er ofte pasientens bidrag mangelfull, men behandler skal likevel arbeide for å knytte kontakt og ikke la seg avvise.

- Samarbeidsforholdet; der behandler og pasient blir enig om mål for behandlingen og hvordan de i felleskap skal nå de målene som er satt. Her bør behandleren bidra med faglig kunnskap og pasienten må være motivert for behandlingen. Ofte vil det kunne oppstå konflikter mellom kontaktforholdet og samarbeidsforholdet.

Behandlere som arbeider med pasienter som ønsker å ta sitt eget liv, vil bygge sin relasjon i kontaktforholdet. Som regel er det korte relasjoner som skapes mellom behandler og pasient, men det å kunne tåle å stå sammen med en pasient i vanskelige valg er viktig i relasjonen når en skal arbeide med selvmord.

Den irrasjonelle delen (Opjordsmoen et al., 2006, s. 19).

Det er fem faktorer som behandler må være bevisst på slik at ikke behandler – pasient relasjonen/den terapeutiske alliansen blir ødelagt.

- *Ubevisste motiver*; hva ønsker behandler og pasienten i relasjonen? Dette trenger ikke å være like ønsker hos behandler og pasient. Dette er noe behandler må være bevisst på, og det kan påvirke behandlers holdning, tenkning og refleksjon.
- *Problematisk relasjon*; behandler må ikke sette seg selv i en bestemt rolle, og det er viktig med fleksibilitet i sin rolle som behandler. Dette for å ikke skape en vanskelig relasjon, der behandler er låst i sin rolle som behandler.
- *Overføring*; her er det snakk om utvikling av behandler og pasient, der de utvikler seg i relasjonen mellom hverandre. Behandler må være bevisst at pasienter kan få negative følelser til behandleren. Dette bør behandler helst oppdage tidlig slik at de kan diskutere og avklare disse følelsene for å unngå negativ overføring i relasjonen.
- *Motoverføring*; her er det bevisste og ubevisste følelser og væremåte som pasienten vekker hos behandler. Dette kan være til hinder for god samspille mellom pasient og behandler. Larsen (2011) beskriver motoverføring som behandlers reaksjon på pasientens totale væremåte.
- *Motstand*; det kan være tanker og følelser hos pasienten som gjør at behandlingen og relasjonen ikke fører frem.

Disse punktene viser til hva som kan skje i relasjonen mellom behandler og pasient. Som behandler skal man bruke av sin kompetanse for å skape relasjon, ovenfor viser det til

utfordringer som kan skape vanskeligheter i en allerede etablert relasjon og at man må være bevisst på ulike momenter som kan skape negative reaksjoner i relasjonen. Like viktig som å skape en relasjon er det å bevare en relasjon, derfor må behandler for eksempel være bevisst på motoverføringer, eller jobber behandler - pasient mot de samme målene i relasjonen.

3.3 Kommunikasjon mellom behandler og pasient

Eide & Eide (2004, s.17) skriver at ordet kommunikasjon kommer av det latinske ordet «*communicare*» som betyr å gjøre noe felles, være delaktig og ha forbindelse med. Å kommunisere er noe vi alle kan og det er noe vi gjør livet igjennom. Vi kommuniserer gjennom språk som er verbalt og non-verbalt. Som behandlere har vi en profesjonell kommunikasjon i vår jobb, som betyr at vi har samtaler med personer som trenger vår hjelp (Ibid).

I samtaler skal behandlere ha evnen til å se pasienten og styre samtalen ut fra hva pasienten har behov for der og da. Når en viser at en ser og forstår, gjennom nikk eller bekreftende «mmm» er det en nonverbal kommunikasjon som skjer. Den nonverbale kommunikasjonen skjer ofte spontant, gjennom blikk, gjennom rynking av pannen, et sukk eller bekreftende smil (Eide & Eide 2004). Dette forteller noe til den andre i samtalen som ofte kan være sterkere enn ord. I det nonverbale er det stort rom for tolkninger og feiltolkninger (Ibid). For å ikke skape rom for feiltolkninger er det viktig å være bevisst sitt kroppsspråk, som hvordan man sitter i samtalen, hvordan reagerer ansiktet, og hvordan tonenivået er i samtalen. Det nonverbale språket er et responderende språk (Ibid), der vi forteller hva vi tenker og synes om situasjonen vi er i. Den forteller også hvordan relasjonen mellom behandler - pasient er, om vi viser oppmerksomhet og interessert i det som fortelles. Når en kommuniserer nonverbalt bekrefter man den andre, gjennom positiv oppmerksomhet som nikk, oppmuntrende nikk med hodet eller gjennom bekreftende lyder. Gjennom dette skapes trygghet og en god relasjon slik at det kan bli enklere for pasienten til å åpne seg og dele tanker og følelser.

Når en bekrefter noe verbalt gjennom ord, viser en at det sentrale som er blitt formidlet er sett og forstått (Eide & Eide 2004). Bekreftende kommunikasjon skaper trygghet og tillitt, og den kan bidra til å bygge en god relasjon (Ibid). I samtaler med pasienter deltar en verbalt gjennom å gi bekreftende småord og bemerkninger. Dette viser en at en er med i samtalen, forstår og lever seg inn i det den andre formidler uten å styre samtalen eller bryte av. Å være en aktiv lytter vil behandler kunne hjelpe pasienten til å åpne seg, utforske og fortelle mer.

Når det stilles spørsmål er det et initiativ fra behandleren om hvilken retning samtalen skal gå (Eide & Eide 2004). Spørsmål kan stilles lukket eller åpent. Lukkede spørsmål vil ofte gi konkret informasjon, som skal avklare ubehagelige forhold eller avslutte samtalen. Ved lukkede spørsmål får en som oftest et ja eller et nei svar, og det inviteres ikke til en åpen drøftelse.

Når en stiller åpne spørsmål inviterer en til utforskning, beskrivelser og forklaringer, og gir rom for pasienter til å snakke ut fra følelser, tanker og opplevelser (Ibid). Når behandler skal gjøre suicidalkartlegginger benyttes det en kombinasjon av lukkede og åpne spørsmål. Det er enkelte spørsmål en ønsker kun et ja eller nei svar på, som for eksempel «*har du selvmordstanker?*». For så å utforske dette nærmere med åpent spørsmål rundt det å ha selvmordstanker, som for eksempel «*Hvordan er det for deg å fortelle om dine selvmordstanker nå?*». Jessen & Holtan (2009) skriver at det å tørre å stille spørsmål til pasienter som tenker på å ta livet sitt er å være kyndig i sitt arbeid. Behandlere skal ikke være redd for å stille direkte spørsmål rundt selvmordstanker eller handlinger.

4.4 Behandlers kompetanse

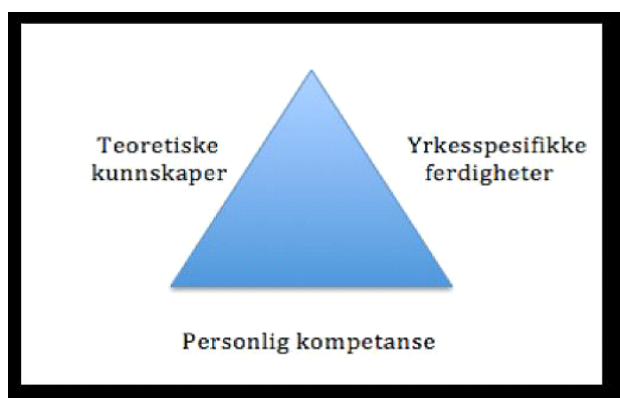
Begrepet kompetanse kommer av det latinske ordet *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet (Skau, 2005).

Skau (2005, s. 55) skriver at det å være kompetent kan bety:

- at en i kraft av sin stilling har *rett*, eller *myndighet* til å gjøre noe
- at en har de nødvendige *kvalifikasjoner* for å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål

Kompetanse innebærer å være skikket og kvalifisert i det arbeidet en skal gjøre. Skau (2005) deler profesjonell kompetanse inn i tre ulike kompetanseformer; teoretisk kompetanse, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

Kompetansen som Skau (2005) beskriver er helhet av hvordan man utøver sitt liv og sitt yrke. Kompetansen har man med seg fra erfaringer, fra utdanninger, og fra livet generelt. Denne kompetansen er med på å bidra til at man kan si at dette har jeg rett til å gjøre, eller at på dette området har jeg kvalifikasjoner til å kunne gjennomføre en bestemt oppgave, som for eksempel suicidalkartlegging. Når man tilegner seg kunnskap og man legger fra seg kunnskap i sitt liv, dette gjør at kompetansen hele tiden er i endring (Ibid). Dette gjør at man hele tiden lærer noe nytt, som kan være til det bedre enn det man kunne tidligere.



Kompetansetrekanten - samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2005, s. 56).

4.4.1 Teoretisk kunnskap

Teoretiske kunnskaper er kunnskap som en har tilegnet seg gjennom studier, den er faktabasert, allmenn og forskningsbasert viten (Skau 2005). Denne kunnskapsformen er upersonlig og allmenn, og kan tilegnes på ulike måter. Den teoretiske kunnskapen er teorier, begreper, lover og regler, og mennesker som scorer høyt på denne kompetansformen vil bli betegnet som «flinke» (Ibid). Når en møter pasienter som ikke ønsker å leve lenger vil det være viktig å inneha god teoretisk kunnskap. Det vil for eksempel si at behandler har kunnskap om ulike risikofaktorer for selvmord, vet hvordan risikovurderinger skal gjennomføres, og ha teoretisk kunnskap om behandlingsmetoder som kan hjelpe pasienten i sin bedring. De ulike eksemplene viser faktakunnskaper som er viktige for å kunne vite hva en skal spørre og se etter når en gjør en klinisk vurdering, spesielt ved diagnostikk vurderinger og i behandling av pasienter. Faktakunnskapen er bare grunnlaget for kompetansen, det er ikke kompetansen i seg selv (Rosenvinge, Larsen, Skårderud & Thune-Larsen 2004).

Rosenvinge et al., (2004) mener at kunnskap kan skape kompetanse på tre måter;

Metodeforståelse, at en som fagfolk er kritiske til påliteligheten til faktakunnskapen, enten om det har med effekt av behandling eller årsaksforhold

Kunnskapens kontekst, at en har et kritisk forhold til faktakunnskap som regnes som gyldig, hvem det er som har bestemt dette. At en tenker kritisk over påliteligheten til faktakunnskapen.

Kunnskapens nytteverdi, at det er tenkt gjennom hva kunnskapen skal eller kan brukes til, hvilken nytteverdi har kunnskapen.

4.4.2 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse handler om hvem vi er som person, både for oss selv og i samspill med andre (Skau 2005). Det handler om hva en kan gi på et mellommenneskelig nivå og hvem en lar andre være i møtet. Denne kompetansen er vanskelig å beskrive, og en bruker lang tid på å utvikle sin personlige kompetanse (Ibid). Den personlige kompetansen er ikke noe som bare er yrkesspesifikk, den er også privat. Det er ofte kombinasjonen av erfaringer som livet har gitt, som en benytter i utøvelsen av sitt yrke. For at behandlere skal kunne bidra til en endring hos pasienter, må pasienten oppleve seg sett og hørt. Dette får behandlere til gjennom hvordan de bruker sitt fag, hvordan de bruker sin personlighet og hvordan de lar seg berøre av møtet med pasienten (Ibid). Hvis behandlere ikke har disse ferdighetene, men heller tenker på pasientene som vanskelige, manipulerende eller brysomme, er ikke behandlerne kompetente (Rosenvinge et al., 2004). Dette kan og beskrives som faglige holdninger en har til pasientene og til kunnskap. Behandlerne som møter pasienter som ikke ønsker å leve lengere, må gjennom samtaler og behandling gi pasienten håp til at livet vil kan bedre. Det å vise empati for pasienter i en svært vanskelig situasjon kan være krevende for behandlerens personlig følelser og handlinger (Ibid), men det er noe som må gjøres for å kunne redde et liv.

4.4.3 Yrkesspesifikke ferdigheter

Skau (2005) skriver at yrkesspesifikke ferdigheter er de ferdighetene, de teknikkene og metodene som er til bestemte yrker og hvordan en bruker disse ferdighetene i utøvelsen av jobben. De menneskene som har disse ferdighetene betegnes som flinke praktikere, men for å være en flink praktiker trenger du både teoretisk innsikt, og personlig kompetanse (Ibid). For behandlerne i ambulant akutt team er det viktig å ha yrkesspesifikke ferdigheter om hvordan de skal gjennomføre en suicidalkartlegging på en god måte for pasienten. I dette ligger hvordan de skal kunne skape en god relasjon i en akutt situasjon og hvordan de skal kunne legge til rette for den gode samtalen til pasienten som tenker på å ta sitt eget liv. Rosenvinge et al., (2004) skriver at en må være bevisst de praktiske ferdighetene, og være kritiske og reflektere over de praktiske ferdighetene slik at en kan bruke det som kompetanse. Det kan være behandlerne som har opplevd vanskelige situasjoner i møte med pasienter, og som da kan bruke sin kunnskap og erfaring innen ulike metoder og opparbeide ferdigheter for å få gjort en

god faglig vurdering av pasientens psykiske tilstand.

Som behandler i AAT må man inneha alle tre ferdighetene innen kompetanse som Skau (2005) viser til: Teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Behandler må kunne gjøre en suicidalkartlegging, må vite om psykiske lidelser, må ha kunnskap om hvordan mennesker i kriser kan reagere, dette er teoretisk kunnskap. Skau (2005) skriver også at etiske problemstillinger er teoretisk kunnskap. Men når en behandler i AAT stiller spørsmål med ulike vinklinger for å få frem nyanser i samtalen eller når behandleren kan ta i bruk ulike behandlingsmetoder, da er dette yrkesspesifikke ferdigheter. Når en behandler viser empati, har en evne til innlevelse i pasientens historie, evner å være oppmerksom og tilstede i møte med en pasient, da er det personlig kompetanse behandleren innehar. Men Skau (2005) skriver at det er en flytende overgang mellom hverdagslige ferdigheter og personlig kompetanse. Når en behandler bruker sin kompetanse innen de ulike områdene, vil det være «enklere» å bruke kunnskapen man har med seg til å snu pasienter fra å ta sitt eget liv.

4. Metode

I dette kapittelet presenteres en redegjørelse for valg av vitenskapelig utgangspunkt og metode. Her vil jeg også beskrive gjennomføringen av studien og analysen. Metodekapittelet avsluttes med forskningsetiske vurderinger.

Hermeneutikk er valgt fordi den gjenspeiler meningsfulle menneskelige fenomener, som muntlige fortellinger og handlinger. Thagaard (2009) skriver at i hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at det ikke finnes noen egentlig sannhet. Det bygges på prinsipper at meninger bare kan forstås i lys av den sammenhengen av det vi studerer er en del av. Forståelsen kommer når delene blir samlet i en helhet.

Gjennom denne redegjørelsen vil det være kvalitativ metode som vil gi et best mulig svar på min problemstilling for å få en dypere forståelse av hva behandlere anser som viktig kompetanse når de møter pasienter som ikke ønsker å leve lengere (Malterud 2017). Får å få frem behandlerens erfaring og forståelse rundt problemstillingen har jeg valgt å bruke dybdeintervju.

4.1 Hermeneutikk

Vitenskapelig forankring har betydning for hvordan forskeren innhenter data, og hvilken forståelse og kunnskap studien gir den vitenskapelige forankringen velges derfor ut fra

studiens problemstilling og formål (Thagaard 2009). Thagaard (2009) beskriver hermeneutikk som å fortolke handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn den som umiddelbart vil være innlysende. Når man bruker en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at ulike fenomener tolkes på flere nivå (Ibid).

Gjennom det hermeneutiske perspektivet forstår og fortolker vi meninger i en kontekst, Gadamer (2010). Gadamer (2010) beskriver den hermeneutiske sirkelen som et bindeledd mellom fenomener, forforståelse og kontekst. Det er en sirkel av felles forståelse, som skapes gjennom forståelse og tolkninger (Thagaard 2009). Når en forsker vil enn være preget av sin egen forforståelse og erfaringer, ikke bare i hvordan en stiller spørsmål under intervjuet, men også hvordan en tolker den informasjonen som kommer frem i analysen.

Hermeneutikken i helsevesenet slik Svenaeus (2005) beskriver det, består av en tolkende samtale mellom behandler og pasient. I denne samtalen prøver en å forstå pasientens situasjon på en innlevende måte slik at det skapes en felles forståelse mellom behandler og pasienten. Dette for så å kunne hjelpe pasienten videre i sin sykdom eller problemer.

4.2 Egen forforståelse

Gadamer i Malterud (2017) at forforståelse er individuelle forutsetninger og erfaringer en har med seg inn i forskningsprosessen, enten bevisst eller ubevisst.

Ofte er forforståelsen motivasjonen for å sette i gang forskning (Malterud 2017). Forskeren har et ansvar for å være bevisst sitt eget utgangspunkt for å gjennomføre studien og for å stoppe opp å reflektere over hvordan forforståelsen påvirker forskningsprosessen.

Derfor har jeg har ofte stoppet opp og reflektert over prosessen som jeg har vært i. Malterud (2017) skriver at det ikke er uvanlig at forforståelsen er til hinder til å kunne se på kunnskapen som kommer frem i studiet. Derfor er det viktig at jeg er bevisst hva min forforståelse er før jeg går i gang med studiet.

4.3 Å forske i eget fagfelt

Studie innebærer at jeg forsker i eget fagfelt. Det å skulle forske i eget fagfelt gir utfordringer som er positive, men det også kan være negativt. Gjennom å selv ha jobbet i fagfeltet over mange år, har jeg gjort meg flere tanker og refleksjoner. Thagaard (2009) skriver at en kan få en bedre forståelse av informantenes situasjon, når en forsker i eget fagfelt. Dette fordi

forskeren deler noen av de samme erfaringen som informantene har, men det kan også gjøre det vanskelig for forskeren å stille de gode spørsmålene som er en selvfølge i fagfeltet. Når en forsker i eget fagfelt kan en ta det som en selvfølge at informantene skjønner meningen med spørsmålene som blir stilt, eller forskeren tolker historien som informanten forteller ut fra sitt perspektiv, slik at det ikke kommer noen oppfølgingsspørsmål rundt historien, som kunne vært med å belyse problemstillingen fra en annen side (Ibid).

Når jeg bestemte meg at det var behandlere i AAT som jeg ønsket å intervju, da måtte jeg være bevisst mine valg. Jeg skulle da gjøre et studie i mitt fagfelt. Jeg stilte meg selv spørsmål om jeg ville kjenne informantene for godt da fagmiljøet er liten og at jeg kjenner til dem fra tidligere samarbeid, møter og konferanser. Selv om det er samarbeid mellom de ulike AAT ene, så møtes vi kun opptil to ganger i året. Ut fra disse refleksjonene vurderte jeg det slik at jeg kunne være objektiv i møtet med informantene. Og få tilfredsstillende og nyttig informasjon på de spørsmålene som ble stilt.

Jeg gjorde meg den erfaringen at en kan være for nært som kollegaer i prøveintervjuet, men at en også kan ha kollegaer som er ikke er personlig og faglig nær som en kan bruke som behandlere. Jeg har lært at det å skulle forske i eget fagfelt er utfordrende. Dette fordi at jeg tenke at informantene hadde samme forforståelse som meg og at jeg dermed ikke være tydelig nok i spørsmålene som blir stilt.

Dette fordi jeg tok det som en selvfølge at informantene hadde samme forforståelse som meg og at jeg dermed ikke være tydelig nok i spørsmålene som blir stilt.

Jeg opplevde etter intervjuene at min forforståelse ikke var lik historien som informantene fortalte. Jeg var for farget av min forforståelsen til å greie å se innholdet i dataen som var innsamlet. Det var først når jeg var ferdig med transkriberingen at jeg greide å ta til meg behandlernes historier rundt problemstillingen.

4.4 Studiets opptaksområde

Det vurderes som relevant å beskrive opptaksområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge, dette for å skape en forståelse at det er en blanding mellom by og distrikt, med de utfordringene dette medfører.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har et opptaksområde fra 30 kommuner (Universitetssykehuset Nord-Norge udatert), med et befolkningstall på 194.239 (Statistisk Sentralbyrå 2017). Hvor den minste kommunen Berg har et innbyggertall på 898 og den største kommunen Tromsø har et innbyggertall på 75.557 (Ibid). Dette viser at

opptaksområdet til UNN er svært stort og det er variasjoner mellom by og distrikt. I opptaksområdet er det utfordringer med lange avstander og til tider kan det være utfordrende i forhold til vær og vind.

I Troms fylke er det altså fem AAT, som er knyttet opp mot distriktpspsykiatriske sentrer (DPS). Hvert av AAT dekker et stort område hver med en populasjon på ca. 38.000 innbyggere (beregnet ut fra befolkningstallet på 194.239). Derfor er samarbeid med andre instanser som fastleger, legevakter, kommunale helsetjenester, NAV, barneverntjenesten og rusklinikker innad i UNN viktig.

I 2011 ble det oppretter «Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse» (DeVaVi), som skulle gi et tilbud om legespesialister i psykiatri til AAT (Kilvær, Fagerheim, Trondsen, Stensland & Myrbakk 2015). Formålet med DeVaVi er at legespesialister skulle være døgnkontinuerlig tilgjengelig for AAT og kan delta i direkte pasientkonsultasjoner ved bruk av videokonferanse. Formålet er å sikre pasienter i akutsituasjoner får tilgang til psykiatriske spesialistvurderinger så nært hjemmet som mulig, og at døgnkontinuerlig tilgang til spesialist sikres for pasienter innlagt på døgnenheter DPS (Ibid).

4.5 Forskningsdesign

Forskningsdesign blir beskrevet av Ringdal i Thagaard (2009) som en plan eller skisse for hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Videre beskriver jeg utvalget til studiet og hvordan rekrutteringen ble gjennomført.

I kvalitativforskningsintervju forsøker en å forstå verden ut fra informantenes ståsted Kvale & Brinkmann (2012). Gjennom intervjuer er målet å få frem kunnskap om menneskers erfaringer, og opplevelser og meninger (Ibid). Denne intervjuformen har som mål å produsere kunnskap, man skal gjennom denne formen for intervju forstå verden sett fra informantenes side Kvale & Brinkmann (2012).

4.5.1 Utvalg

Thagaard (2009) skriver at et strategisk utvalg er når en velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som vil kunne gi svar på studiets problemstilling.

Kriteriene for å kunne delta i studiet var som følgende:

- Være ansatt som behandler i et AAT i Troms og ha helse eller sosialfaglig utdannelse

- Informantene skulle ha arbeidet i AAT i minimum 2 år
- Informantene skulle ha videreutdanning innen psykisk helse eller videreutdanning innen felt som krisehåndtering, rus eller nettverksarbeid

Det at informantene skulle arbeidet i minimum 2 år i AAT, er fordi det tar tid å få god erfaring i akutt tjeneste. Det tar også tid å få erfaring i å behandle og arbeide med mennesker som ikke ønsker å leve. Det var viktig at de hadde videreutdanning innen psykisk helse eller lignende, fordi det var ønskelig med informanter med høyere faglig utdanning og teoretisk bakgrunn, noe som ikke alltid nyutdannede innehar. Kriteriene ble vurdert med hensikt å gi et relevant og rikt datagrunnlag.

Mitt studie er basert på fire informanter, hvis det hadde vært flere informanter hadde det kanskje kommet frem et rikere material under intervjuene. Men siden dette er en masteroppgave ble studiet begrenset til fire informanter.

4.5.2 Rekruttering

Rekruttering av informanter startet med at veileder forespurte avdelingsledere i de avdelingene hvor det er AAT om tillatelse til å gjennomføre studien. Alle de forespurte avdelingene takket ja og jeg fikk oversendt navn på lederne for AAT. Jeg tok kontakt med lederne per e-post og telefon for å informere om studien og hvilke inklusjonskriterier det var for informantene. Videre sendte jeg en presentasjon av studiet til lederne via e-post, hvor informasjonsskriv (vedlegg 1), samtykkeskjema (vedlegg 2) og godkjenningen fra Norsk samfunnsfaglig Datatjeneste NSD (vedlegg 3) ble vedlagt. Lederne for de ulike AAT formidlet forespørselen ut til sine ansatte, slik at de aktuelle informantene kunne ta kontakt direkte med meg på e-post. To informanter ble rekrutterte ved at de responderte på utsendt e-post. Hos et AAT fikk jeg oversendt e-post adresser til aktuelle informanter slik at jeg kunne ta direkte kontakt for rekruttering. Her ble det rekruttert fire informanter til, totalt var det da rekruttert seks behandlere. Da intervjuene skulle gjennomføres hadde to av informantene ikke mulighet til å delta på grunn av planlagt ferie. Da ble de gjenværende fire informanter intervjuet til studien. Disse fikk oversendt på e-post informasjon om studiet, og jeg valgte i tillegg å legg ved informasjonsskriv, samtykkeerklæring og godkjenningen fra NSD.

Av de fire som ble intervjuet var det tre kvinner og en mann i alderen 40-60 år. Alle informantene hadde mer enn syv års erfaring fra AAT. Behandlerne hadde flere

videreutdanninger som var relevante, i tillegg til at alle hadde videreutdanning i psykisk helse.

4.6 Valg av metode for datainnsamling

Jeg har gjennomført kvalitative intervju og brukt en semistrukturert intervjuguide. Denne intervjuformen gir informantene tid og rom til å hente frem erfaringer og tanker som det kan kreves trygghet og ettertanke for å deles med andre (Malterud 2017).

4.6.1 Intervjuguiden

Kvale & Brinkmann (2012) skriver at en intervjuguide er et manuskript som gir intervjuforløpet en struktur, guiden kan ha med noen temaer som skal dekkes eller det kan være spørsmål. Det er viktig at det er åpne spørsmål i intervjuguiden, dette for at informantene skal kunne snakke mest mulig fritt rundt problemstillingen. Når det er åpne spørsmål er det lettere å fortelle en historie, fortelle om sin forståelse og om ulike tolkninger. At samtalen er åpen, men samtidig strukturert, er viktig slik at samtale blir dreid rundt problemstillingen.

Da jeg startet arbeidet med å utvikle intervjuguiden (vedlegg 4), var det viktig å utforme den slik at jeg fikk relevante spørsmål og som kunne svare på problemstillingen. Jeg noterte personlige tanker som jeg hadde rundt det å ta sitt eget liv. Hvilken kompetanse som kunne være viktig i samtaler med pasienter, og ut fra disse notatene lagde jeg et sett med spørsmål som ble grunnlaget for videre arbeidet med intervjuguiden. Jeg presenterte de tentative spørsmålene til kollegaer, og for medstudenter på masterstudiet. Dette ga meg gode innspill og bidro til å kvalitet sikre spørsmålene. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål, hvor hensikten var å stimulere informantene til å snakke fritt rundt de ulike temaene.

Et eksempel på et åpent spørsmål fra intervjuguiden:

- Kan du fortelle meg om dine erfaringer med pasienten som ikke ønsker å leve?

Jeg valgte også å stille oppfølgingsspørsmål som:

- Kan du fortelle mer om det?
- Har du flere eksempler på det?

4.6.2 Prøveintervju

Jeg gjennomførte to prøveintervju. Det første prøveintervjuet ble avtalt med en kollega som jeg arbeider tett med til daglig. Min kollega fikk utdelt informasjon angående studiet og vi møttes for å gjennomføre intervjuet. Det viste seg at det ble mye latter og snakk rundt hans forforståelse som han trodde/mente jeg var ute etter. Vi ble enig om at vår relasjon var for nær til å kunne gjennomføre prøveintervjuet på en konstruktiv og godt måte, og vi valgte å avbryte halvveis. Dette ble en god læring som jeg tok med videre i arbeidet. Prøveintervju nummer to var med en kollega i en annen avdeling. Dette intervjuet ble mer profesjonelt og jeg fikk en nyttig erfaring og kunne gjøre små endringer i ordlyden i intervjuguiden.

Etter prøveintervjuene noterte jeg ned tanker jeg gjorde underveis. Særlig dette med at det kan være vanskelig å intervju noen en har tett relasjon med. Jeg reflekterte rundt opplevelsen i å være intervjuer og innholdet i den innsamlede dataen.

4.6.3 Gjennomføring av intervjuene

Det ble intervjuet fire informanter i AAT. Intervjuene foregikk over to dager, da dette var mest praktisk i forhold til reising. Det ble foretatt to intervju per dag. Dette gjorde at jeg ikke fikk tid og rom for refleksjon rett etter intervjuene, men jeg opplevde likevel at jeg kom med viktige tilleggsspørsmål under intervjuene. Ett eksempel på tilleggsspørsmål var som følgende: *«Hvor henter du støtte til å ha greid å stått i jobben i så mange år som du nå har gjort?»*. Spørsmålet kom fordi informantene fortalte om hvor mange år de hadde arbeidet i psykisk helsevern, og jeg ble nysgjerrig på hvordan de hadde klart en tøff og krevende arbeidshverdag i så mange år. Informantene fortalte med engasjement om sin arbeidshverdag og utfordringer de hadde, dette fortalte de om uoppfordret slik at jeg ikke måtte dra ut ordene av de.

Intervjuene ble gjort på informantenes arbeidssted. Intervjuene ble gjennomført i informantenes normal arbeidstid. En av informantene hadde fri den dagen intervjuet skulle gjennomføres, men stilte opp på sin fridag. Informantene fikk informasjon om studiet, hvordan det var tenkt at intervjuet skulle gjennomføres og de etiske betraktningene. Informantene underskrev på samtykkeerklæringen. Frivilligheten rundt studiet ble gjentatt, slik at informantene skulle være bevisst at det var frivillig å delta i studiet.

4.7 Valg av metode for datanalyse

Her viser jeg til hvordan prosessen med transkriberingen ble gjort og videre at det er valgt systematisk tekstkondensering for kvalitativ data.

3.8.1 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert noen dager etter at intervjuene var gjennomført. Kvale & Brinkmann (2012) skriver at det å transkribere ikke er en helt ukomplisert jobb, det er en fortolkningsprosess som vil kunne få innvirkning for studiets betydning.

Først ble intervjuene nedskrevet ordrett, med alle småord som ja, hm, em og lignende. Det ble markert med uthevende bokstaver hvor informantene hadde pause eller hvor det ble lagt vekt på enkelte ord. Tjora (2012) skriver at det er viktig å skrive ned dialogen slik den er, for å få med detaljer når informantene for eksempel leter etter ord. Jeg valgte å transkriberingen på bokmål, da det ble for gjenkjennelig å transkribere på dialekt. Jeg valgte å transkribere teksten selv, og ifølge Malterud (2017) er dette en fordel, da en lettere kan definere den uklare talen eller hvis det er usammenhengende snakk. Kvale & Brinkmann (2012) skriver at det å bruke en båndopptaker under intervjuene er en styrke, da en kan høre gjennom intervjuene flere ganger for å avklare den uklare talen eller dersom det oppstår andre spørsmål under transkriberingen. Jeg hørte på opptakene flere ganger under transkriberingen for å være sikker på at alt kom med. En fordel med å transkribere selv er at jeg blir godt kjent med informasjonen som fremkommer i intervjuene og det er lettere ta steget over i analysen.

Når jeg har analysert intervjuene har informantene fått ulike farger, videre er sidetall satt inn og hver linje er nummerert. Dette for at jeg skulle lett skal finne igjen tekstens sammenheng som brukes til sitater i de meningsbærende enheter i analysen.

Ut av transkriberingen ble det 27 skrevne sider, fra fire intervjuer på 35-60 minutter hver.

4.8 Analyse

I analysen av teksten har jeg valgt å bruke systematisk tekstkondensering for kvalitativ data etter Malterud (2017). Den transkriberte teksten analyseres systematisk i fire trinn.

Metoden systematisk tekstkondensering har Malterud (2017) utviklet med bakgrunn i fenomenologien inspirert av Giorgi (Ibid).

Trinn 1: Helhetsinntrykk

I systematisk tekstkondensering er første trinn å lese intervjuene og gjøre seg kjent med teksten. I denne fasen dannes et inntrykk, og er starten på arbeidet med å se etter mulige temaer. Malterud 2017 skriver at en bør ha 3-6 tema. Hvis disse temaene ligger nært opptil intervjuguiden mener Malterud (2017) at en fortsatt er låst i sin forforståelse. Derfor er det viktig å være bevisst sin forforståelse, slik at en i denne fasen kan sette den til side, slik at det er informantenes stemmer som kommer frem i teksten.

Jeg valgte etter hver transkribering å skrive ned ulike temaer som kom frem i teksten, slik at jeg hadde flere ulike temaer når transkriberingen var avsluttet. De ulike temaene ble sammenlignet. Noen tema ble forkaste, mens andre v ble tatt med videre i analysen.

Analysens første temaer ble da som følgende: *Erfaringer, det å tørre å spørre, støtte, kunnskap og vanskelige opplevelser*, og noen av disse hadde i tillegg undertemaer.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Her skal de meningsbærende enhetene identifiseres i intervjuene (Malterud 2017). Jeg valgte å lese gjennom teksten på nytt, men nå fokuserte jeg på hva informantene hadde svart på de ulike spørsmålene. Når gjennomlesningen ble systematisert, skulle de meningsbærende enhetene kodes. Jeg valgte da å bruke farger for de ulike enhetene som var meningsbærende og jeg brukte tallkoder ut fra sideantall og tall på linjen som enhetene ble hentet ut fra. Her brukte jeg flere ulike ark for å samle de ulike enhetene som jeg hadde identifisert, slik at det skulle bli oversiktlig. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger, da jeg mente at det var noe som jeg ikke fikk med i organiseringen av de identifiserte meningsbærende enhetene.

Malterud (2017) skriver at koding er en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten blir hentet ut fra sin sammenheng for så at de senere blir lest i sammenheng med lignende tekstdeler i en teoretisk ramme.

Dermed ble kodene til slutt som følgende: *tålmodighet i behandlerrollen, trygghet i behandlerrollen og refleksjon*.

Trinn 3: Kondensering

I dette trinnet av analysen ble det foretatt en kondensering av informasjonen som ble funnet i trinn 2, ved at de meningsbærende enhetene ble identifiseres og kodet (Malterud 2017). De ulike kodegruppene som ble identifisert i trinn 2, ble i dette trinnet sortert til grupper som ble gjeldende analyseenheter. I de ulike gruppene, skulle det lages kunstige sitat som kalles

kondensat. Kondensatene ble skrivet i jeg form, hvor sitat fra flere informanter settes sammen, slik at de fremstår som en felles uttalelse (Malterud 2017).

Gruppene ble som følgende: *tid og rom i samtalen, bruk av språk i behandlerrollen, behandler – å være tilstede som privat person, omsorg, refleksjon over egen erfaring og refleksjon om ivaretagelse av helsepersonell.*

Det ble valgt ut «gullsitat» til kondensatene, dette for å best mulig vise til det som er blitt abstrahert i kondensatene (Malterud 2017). Dette for å kunne se at en har med seg budskapet som behandlerne ønsker å formidle.

Trinn 4: Fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

Malterud (2017) skriver at fjerde trinn består i å rekontekstualisere, altså der deler blir satt sammen igjen til nye beskrivelser eller begreper. For å få en analytisk tekst, blir det en sammenfatning av kondensatene og sitatene i hver gruppe. Denne teksten er den analytiske teksten som er beskrevet under studiens funn. Teksten ble validert ved at jeg gikk tilbake til intervjuene og vurderer teksten i forhold til der de opprinnelig tilhørte. Dette for å se om de kunne gjenfinnes i intervjuene. Malterud (2017) skriver at det viktigste forskeren kan gjøre er å sikre validiteten i arbeidet og det er derfor viktig å være nøye i jobben med tekstens tolkning.

Dette er en prosess som krever tid og tålmodighet, da det hele tiden er endringer og forbedringer av analyse, det er gjennomlesning av hele materialet og justeringer av de kodene som er fremkommet i analysen.

4.9 Forskningsetiske vurderinger

Det er forskeren som er ansvarlig for å gi informasjon om studiet til informantene (Tjora (2012). Informasjonen skal være tilpasset slik at informantene er klar over hva de har sagt ja til å delta i. Når det skal foretas intervju i studier må det sendes søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenesten AS (NSD) (vedlegg nr. 3), hvor det skal beskrives hvordan personopplysninger skal oppbevares under studiet og hva som skal skje med materialet etter endt studie. Det er viktig at informanter deltar frivillig og at de opplever at deltakelse er frivillig og at de skriver under på samtykke. Dette gjøres for å dokumentere at informantene er informert om at deres deltakelse er frivillig og at de har adgang til å trekke seg fra studiet uten å måtte oppgi en grunn. Det er viktig å oppbevare dataen lagres trygt, og

at informasjon fra intervjuene ikke er tilgjengelig for andre. Dette er med på å sikre informantenes anonymitet.

Kvale & Brinkmann (2012) skriver at det er viktig med at det gjennom studiet tas opp etiske problemstillinger som kan oppstå, for eksempel om valg av tema og hvordan studiet gjennomføres frem til det endelige resultatet foreligger. Det å ha tenkt og vurdert de etiske aspektene med studiet, når en gjør kvalitativ forskning handler ofte om hvor sensitivt tema for intervjuet er. Intervjuetemaet kan være av en sensitiv art, da informantene forteller om jobben, opplevelser de har hatt og hvilke erfaringer de har fått. Det kan komme frem vanskelige ting i intervjuene, og det er noe jeg var bevisst på før jeg startet prosessen med intervjuene. Hvis det kom frem vanskelige ting, hvordan man skulle romme det i intervjuet og hvordan man skulle gjøre det i ettertid av intervjuet.

5. Funn

I dette kapittel blir de funnene som er kommet frem i analysen presentert. Behandlernes sitater viser eksempler på mine kategoriske tolkninger. Det er tre hovedkategorier og flere underkategorier som kom frem i analysen:

- Tålmodighet i behandlerrollen
- Trygghet i behandlerrollen
- Refleksjon

5.1 Tålmodighet i behandlerrollen

Informantene har kommet med gode og utfyllende tilbakemeldinger om hva som er viktig i møtet med pasienter med selvmordstanker. De mener at å ha tålmodighet i sin behandlerrolle er viktig slik at de kan gi pasienten tid og rom i samtalen, dette vurderer de som viktig. Når de gir tid, har de mulighet til å gi pasienten den støtten de trenger i en vanskelig periode i livet. Å snakke med pasienter som er i krise, er å skulle stille spørsmål tilpasset pasientens behov, men spørsmål må ofte stilles ulikt for å kartlegge hvilket behovet pasienten har. Det kan for eksempel være videre oppfølgings samtale eller om det må vurderes innleggelse for å ivareta pasienten.

I analysen ble temaet tålmodighet delt inn to under /kategorier grupper; 1) tid og rom i samtalen og 2) bruk av språk i behandlerrollen.

5.1.1 Tid og rom i samtalen

Å kunne gi tid og rom i en samtalen kan være utfordrende da behandlerne er presset på tid i sine møter med pasienter, dette er noe behandlerne forteller om i intervjuene. Når behandlerne velger å bryte den gitt tid de skal ha satt av til en pasientsamtale, da gir de pasientene tid i samtalen.

Når de velger å bruke andre arenaer enn for eksempel kontoret sitt til samtale velger de å gi pasienten rom i samtalen. I følge informantene er det viktig å gi tid i samtalen for å kunne bygge relasjon og tillit hos pasienten. En informant beskriver det som følgende:

«For at jeg skal kunne gi en pasient støtte, som har det så vanskelig at han ønsker å dø, da får det heller gå 5 time før jeg finner ut av det. Andre hadde sikkert bare gitt pasienten 1 time og vært fornøyd med det. Jeg tenker at å gi pasienten tid til å tenke og reflektere i samtalen er like viktig som å få svar på alle spørsmålene som jeg trenger å få kartlagt i forhold til selvmordsrisikoen til pasienten» Informant C

Informanten forteller at det å gi pasienten tid i samtalen er viktigere enn å fokusere på ulike skjemaer eller kartleggingsverktøy. Det å kunne gi tid, gir dermed rom for refleksjon og tid til å vurdere hvorfor pasienten har det så vondt at han ønsker å dø. Det å ikke bruke tiden på skjemaer eller andre kartleggingsverktøy kan bygge tillit, slik at pasienten kjenner at denne behandleren har tid. Informantene tar seg tid til å se og lytte til det pasienten formidler, ikke fokusere på andre ting i samtalen mellom de. Informantene forteller at det å gi tid er viktig for tillit, og at de dermed viser at de bryr seg gjennom å gi tid.

En annen informant understreker hvor viktig det er å kunne gi tid og rom for refleksjon i samtalen:

«.....for det handler om å bruke litt tid, sånn at du ikke må fylle hele tiden med prat, men heller å kunne gi folk tid til å ta pause, tid til å tenke seg om. Det gjør at jeg synes det kommer mye fornuftig ut av samtalen.» Informant A

Sitater illustrerer det å kunne gi tid i samtalen, og akseptere at pasienten ønsker en pause. En informant mener at når man er en erfaren behandler, så tåler man stillhet i samtalen.

Informantene mener at der skal ikke være behov for å bruke hele samtalen til å stille spørsmål. Å bare være tilstede og stille i samtalen kan gi stor utbytte i videre samtale med pasienten.

5.1.2 Bruk av språk i behandlerrollen

Informantene forteller at tålmodighet er viktig i møtet med pasienten. De ønsker å ta seg god tid til å spørre om ulike hendelser i pasientens liv og de historiene pasienten forteller. Språket, ordlegging og formidling av spørsmål til pasienter er med på å skape en felles forståelse for den informasjonen pasienten forteller rundt de vanskelige tankene og følelsene ved selvmord.

En av informantene forteller at når en utformer spørsmålene i møtet med pasienten bør man ikke være redd for å lage «feile» spørsmålene. Eller at spørsmål om selvmord kan trigge tanker og ideer hos pasienten. Informanten mener at det å stille direkte spørsmål rundt selvmordstanker og selvmordplaner, er viktig slik at man får svar på det som det spørres om. At man ikke snakker rundt selvmordstankene og planene som at de ikke er eksisterende. Informanten beskriver det slik:

«.....å tørre å spørre, ikke være redd for at spørsmålene blir feil eller at du spør om de feile tingene. Men jeg har lært at hvis du er så konkret som mulig når du snakker med pasienten, gå helt inn i akkurat hva det gjelder, da har jeg erfart at du får tydelige svar.....» Informant B

Dette sitatet viser hvordan Informanten bevisst bruker direkte språk for å få svar på de vanskelige spørsmålene. Informanten mener da at språket blir en inngangsport i kartlegging og vurdering i videre behandling som omhandler suicidalitet. Språket blir en felles forståelse mellom behandleren og pasienten.

En av informantene formidlet det samme budskapet på følgende måte:

«Det å være nysgjerrig på den andres situasjon, ikke for å grave deg ned til å gjøre det sensasjonsbetenget, men å være nysgjerrig om hvordan livet til den andre er blitt som det er blitt, hvordan har han havnet i dette bikket mellom å ville leve og ikke leve.» Informant D

Informantene beskriver språket som en grunnleggende egenskap for å få en felles forståelse med pasienten om det som er vanskelig i livet. Det å kunne være nysgjerrig på pasientens livssituasjon, at en gjennom språket kan snakke om ulike temaer slik at det kan hjelpe pasienten til ikke å ta sitt eget liv.

«Hvis du møter pasienter som ofte er på bikken mellom liv og død, og de har kanskje gjort flere forsøk. Da er disse standard spørsmålene i selvmordrisikovurdering, også noe folk trener seg opp i. Og det har jeg lært at det er for å kunne svare «rett» på spørsmålene for å kunne komme seg unna, de ønsker ikke min innblanding i livet sitt der og da. Dette må jeg

vite om, at obs, her svarer de meg etter munnen. Da må jeg spørre på en annen måte som utfordrer de og meg, kanskje jeg bare må lytte etter hva er det som blir fortalt eller kanskje er det stillhet som trengs for å få svar.» Informant A

Her viser informanten at språket er å være tilstede i samtalen med lytting, kroppsspråk og stillhet. Det er ikke bestandig å stille spørsmål eller å føre en dialog med pasienten som må gjøres, men også å stille gode tilleggsspørsmål for å utfordre pasienten i deres svar.

5.2 Trygghet i behandlerrollen

Denne kategorien handler om å inneha trygghet i behandlerrollen. Informantene forteller at det å ha mange års erfaringer gir en trygghet i det de gjør. De velger å være privat i møte med pasienter, og de deler av seg selv og sine interesser. Behandlerne forteller også at det å kunne vise omsorg i møte med pasienten viser at de er trygge i forhold til seg selv og sin rolle.

I analysen fikk denne kategorien to underkategorier; 1) behandler – å være tilstede som privat person og 2) omsorg.

5.2.1 Behandler – å være tilstede som privat person

Å ha kunnskap om seg selv og hvordan det kan brukes i samtaler med pasienter er noe informantene trekker frem som viktig kompetanse for dem. Det å kunne by på seg selv og vite litt hva som skjer ute i samfunnet, slik at de også kan bruke den kunnskapen i samtalen med pasientene.

En informant forteller at det å kunne gi litt av seg selv er med på å bygge relasjon og gi tillitt i samtalen. Da blir det ikke en ovenfra og ned samtale. Det blir mer en samtale om noe felles.

«... ..å ha en personlig væremåte, vise hvem du er som person, slik at du bruker deg selv i møte med pasienter, da kan du få til en relasjon med pasienten. Teori er ingenting, hvis du ikke får til en relasjon med pasienten.» Informant C

Sitatet forteller hvordan denne informanten gir av seg selv for å bygge en relasjon i møte med pasienten. Gjennom sin utdanning får informantene god teoretisk bakgrunn og vet da hvordan en skal utøve sin rolle. En blanding av teoretisk kunnskap og en personlig tilnærming kan være lurt.

En annen informant sier følgende om det å gi av seg selv:

«Man har med seg selv inn i samtalen, men jeg tilpasser meg rundt den andre, hvem jeg er og

hva jeg kan by på avhenger av den andre sin respons. Spesielt når du møter mennesker som ikke ønsker å leve. I denne jobben kan du møte pasienter før de har gjort et forsøk. Kanskje er det planer om selvmord eller jeg kan møte pasienter etter at de har gjort et forsøk. Så det jeg kan by på avhenger av pasientens respons, det er det jeg tuner meg inn på og som jeg byr på ut fra responsen jeg får, jeg deler av meg selv."

Informant D

Her forteller informanten at i møte med pasienter er de avhengig av respons for å styre sin tilnærming. I tidlig fase i samtalen gjør en seg opp et bilde av hvordan en kan gå frem, og hvor mye en kan og bør gi av seg selv. Det er individuelt hva hver pasient ønsker av slik tilnærming, og det er viktig å være lyttende til de signalene som pasienten gir ut i samtalen.

5.2.2 Omsorg

Informantene forteller at ved å vise omsorg til pasientene bygger de tillit og trygghet. Denne tryggheten kommer i samtalen mellom pasient og behandler, der behandler viser omsorg i en vanskelig fase i livet. Informantene forteller at når de fremstår og trygg, så kan også pasienten få en trygghetsfølelse. Når pasienter har det så vanskelig at de vurderer selvmord, da trenger de omsorg fra andre slik at de kan bli bevisst sin egen verdi.

Informantene forteller at de viser omsorg ulikt gjennom handlinger ovenfor pasienter. En informant forteller følgende om det å gi omsorg:

«En pasient hadde fått erfaring med at folk ga han opp, så min greie ble at så lenge jeg er her, så gir jeg ikke deg opp. Så får det heller bli rot og tull i relasjonen mellom oss, men det får heller stå sin prøve. For jeg skal holde ut». Informant C

Sitatet forteller hvordan informanten opplever at hennes omsorg til pasienten, er å ikke gi opp relasjonen. Dette mener informanten gir trygghet til pasienten.

En annen informant forteller om å gi omsorg kan være gjennom innleggelse. Informanten forteller om innleggelse som blir frivillig og innleggelse hvor det må brukes tvang.

Informanten anser at innleggelse enten de er frivillige eller med tvang er omsorg fra de som behandler. Informanten beskriver omsorgen ved frivillig innleggelse slik:

«Jeg har hatt samtaler med pasienter som bare snakker om at de ønsker å dø og hvilke planer de har lagt for å ta sitt eget liv. Man greier ikke å komme i posisjon til pasienten og ofte ender

det med at jeg må tilby frivillig innleggelse, da jeg ikke har greid å få til en plan. Ofte har jeg henter inn en kollega, slik at vi er to i slike vanskelige vurderinger. Både for å få støtte i vurderingen, men også for at min kollega kanskje kan se eller oppfatte noe som kan snu situasjonen. Men når du har jobbet med en pasient i noen timer for å få til en plan for oppfølging og pasienten enda bare vil dø, ja da må jeg legge pasienten inn på døgnavdelingen for videre oppfølging». Informant A

Dette sitatet beskriver en situasjon hvor informanten bruker omsorg for å kunne ivareta pasienten på en trygg måte, slik at pasienten kan føle seg ivaretatt i forhold til det han har fortalt om sine tanker og planer om å ta sitt eget liv. Omsorgen her er frivillig for pasienten.

En annen informant forteller om omsorg som skjer med bruk av tvang slik:

«Når du møter de som er veldig tildekkende, de som ikke ønsker hjelp, da kan jeg kjenne på at det er utfordrende og vondt. For du skulle ønske at de som er tildekkende kunne være mer trygg på at vi ønsker å hjelpe de med bruk av frivillighet. Men ofte må vi si til overlege ved avdeling eller lege på legevakten at her kommer vi ingen vei med det frivillige. Her er det sannsynlig for at personen vil kunne skade seg selv, slik at han dør. Når situasjonen er slik, da må man ofte bruke tvang. De blir innlagt på tvang for at de ikke skal skade seg selv. Men det er også betryggende å vite at man i ytterste nødsfall kan bruke tvang når det er som verst kritisk». Informant D

Her snakker informanten om bruk av tvang som omsorg, at det er utfordrende og vanskelig å vite når det skal brukes tvang. Det gis omsorg gjennom å forhindre at en pasient tar sitt eget liv.

5.3 Refleksjon

Informantene forteller om situasjoner hvor de bruker refleksjon for å kunne bli bedre i sitt yrkesfag, men også hvordan refleksjon med kollegaer er med på å ivareta deres egen helse i vanskelige situasjoner.

I analysen fikk denne kategorien to underkategorier grupper; 1) refleksjon over personlig erfaring og 2) refleksjon om ivaretagelse av helsepersonell.

5.3.1 Refleksjon rundt personlige erfaringer

Informantene forteller at gjennom refleksjonene fra de erfaringene de har i hverdagen, er med på å øker egen kunnskap om seg selv. Og hvordan de skal kunne møte pasienter i kriser på en

god måte. Informantene forteller at de ofte samarbeider med kollegaer når de møter pasienter. Da blir pasienter ivaretatt på en god måte og informantene kan støtte hverandre i utfordrende saker. Informantene forteller om to typer erfaringer de ofte har brukt for i møte med pasienter som ønsker å avslutte livet. Det er erfaring de får gjennom utdanninger og den personlige erfaringen de får i yrket sitt.

En informant sier følgende om sine personlige erfaringer:

«En personlig erfaring jeg har, er at jeg har reddet livet til en pasient som skulle ta sitt eget liv. Det er en veldig spesielt ting, som var veldig ubehagelig der og da, men i ettertid kan jeg snu de tankene til noe positivt. Jeg har reddet et liv, uten å få takk.» Informant B

Det informanten forteller om her er en personlig erfaring, som det er brukt tid på refleksjon i ettertid. Informanten snakker om plikten helsepersonell har til å redde liv. I etterkant av en slik opplevelse er det ikke sikkert behandler og pasient møtes igjen, slik at de får snakket om dette i fellesskap.

Informantene forteller om ulike personlige erfaringer. For noe er den fra privatlivet, opplevelser i sitt yrke eller fra pasienthistorier som har satt dype spor. Disse erfaringer kan brukes til noe positivt i pasientsamtaler.

En av behandlerne forteller om sin personlig erfaring i møte med pasienter som har selvmordstanker på følgende måte:

«.....er det min redsel for pasienten eller er det andre faktorer som gjør at jeg tar de valgene jeg gjør? Er det noe pasienten sier eller er det noe i meg som gjør at jeg blir så redd at jeg overkompenserer?.....» Informant A

I dette sitatet forteller informanten at det er en mulighet for at det er personlige erfaringer eller mangel på det, som kan skape en redsel i behandlingen av pasienten. Informantene forteller at de er bevisst sine personlige erfaringer, som blant annet kan farge hvordan de velger å gi pasienten hjelp og støtte.

5.3.2 Refleksjon om ivaretagelse av helsepersonell

Alle informantene forteller at de savner ivaretagelse av seg selv i rollen som behandler i AAT. De forteller at som regel jobber de to og to sammen, men det hender også at de er alene i saker da henter de støtte fra kollegaer hvis de anser at det er behov for det. De reflekterer om pasientsituasjoner, sine reaksjoner på situasjoner de har stått i og de utfordringene som kan

komme i møte med pasienter som ønsker å dø. En informant forteller at det oppleves som utfordrende å være i relasjoner med pasienter over lang tid der du hele tiden må stille opp. En annen informant forteller om redsel som kommer etter suicidalkartlegging, det handler om: Har jeg tatt rett avgjørelse for pasienten og er det trygt å sende dem hjem? Det er en usikkerhet og redsel for at pasienten ikke vil svare telefonen om morgen når behandleren ringer:

«.....jeg husker en pasienten som jeg hadde hatt kontakt med over en periode og som ble suicidal. Jeg fikk jo nesten ikke sove på natten. Jeg var sikker på at han ikke kom til å ta telefonen når jeg ringte han dagen etterpå.....» Informant C

Informanten forteller at i mange situasjoner sitter de igjen med en redsel og usikkerhet for hva pasienten kan gjøre. Har jeg som behandler gjort nok? Informantene forteller at de føler seg godt ivaretatt av sin kollegaer. De stiller opp for hverandre når de opplever utfordringer. Informantene ønsker og savner organisert veiledning initiert av arbeidsgiver, der de kan få snakke ut om traumatiske opplevelser de har i arbeidshverdagen. De ønsker en arena for blant annet bearbeidelse av inntrykk, slik at det de opplever ikke skal gå på bekostning av egen helse.

En informant forteller følgende:

«Vi kjenner at vi er sliten, for det er vanskelig å jobbe med mennesker som strever med liv og død hele tiden. Det er det! Og det at man ikke skal ta med jobben hjem, det er en umulighet. Det er ikke ofte jeg tar med jobben hjem, men det er klart at noen gang når man har stått i saken da tar man det med seg hjem.» Informant A

Informantene opplever det som tøft å stå i vanskelige saker, og spesielt i de sakene som de har over lang tid.

6. Diskusjon

I denne studien ble det intervjuet fire behandlere som jobber i AAT. Spørsmålene i intervjuguiden er laget for å få svar på hva de anser som viktig kompetanse å ha med seg i samtaler med pasienter som ikke ønsker å leve. Hovedfunnene viser at behandlerne i AAT er i behov for mer organisert veiledning, dette for at de ikke skal blir utbrent i jobben. Funnene viser også at kunnskap om relasjon og kommunikasjon, er like viktig som det å dele av seg selv som privatperson i samtaler. Nedenfor vil funnene blir diskutert med utgangspunkt i teorien og relevant forskning. Diskusjonen er delt inn i de samme kategoriene som under

funn.

6.1 Tålmodighet i behandlerrollen

Studiet viser at det å ha tålmodighet er en viktig faktor i jobben som behandler. Behandlerne bruker sin lange erfaring i feltet til å støtte opp om bruk av tid i samtaler. De velger å bryte de fastlagte normene for hvor mye tid de skal bruke på en pasientsamtale, dette velger de å gjøre fordi de kan støtte seg til sin erfaring og at tid er til hjelp i samtaler særlig i de vanskelige tilfellene. Behandlerne fremholder tålmodighet i møte med pasienter som ønsker å dø, der en gir seg tid til å danne relasjon og en felles dialog mellom behandler og pasient.

6.1.1 Tid og rom i samtalen

Et av funnene i studiet viser at behandlerne anser at det er viktig å være tålmodig i samtaler med pasienter som ikke ønsker å leve. Det å gi tid og rom til å skape tillit som kan være til støtte i en vanskelig situasjon når en pasient har selvmordstanker.

I samtaler med pasienter som ikke ønsker å leve lengere, er det viktig å gi seg selv som behandler tid til å tenke gjennom situasjonen en er i her og nå. Behandlerne som har lang erfaring innen sitt yrke gir seg selv tid i samtaler til å reflektere over svarene de ønsker å gi til pasienten, dermed vil det svaret en gir til pasienten i samtalen ofte oppleves som meningsfull og utviklende for pasienten (Håkonsen 1999). Funnene i studiet viser at behandlerne er bevisst på at de må gi seg selv som fagperson og pasientene den tiden de trenger for å få de gode svarene. I følge Vråle (2010) er det når det gis rom for å utvikle gode relasjoner, at en viser vilje til en samtale når pasienten skal fortelle om de vanskelige tingene i sitt liv. I funnene er dette noe som blir bekreftet, gjennom at behandlerne anser at det er viktig å kunne gi tid i samtaler.

Som erfaren behandler har en kunnskap om det å gi tid og rom i samtaler er viktig i forhold til å bygge relasjon, og ofte skal denne relasjonen bygges på veldig kort tid. Tveiten (2002) fremholder at i relasjonen med pasienten skal ikke behandler være i fokus. Når behandler gir pasienten tid i samtalen, kan dette skape relasjon. Når behandleren er bevisst pasientens behov i samtalen, kan da behandleren bruke alle sine aspekter av kompetanse i den videre behandlingen. Som Skau (2005) beskriver kompetansen er det viktig også å ta frem den personlige kompetansen. Det handler om hvordan en kan skape samspill i relasjonen. Som

Vråle (2010) beskriver i sitt studie, at å ha gode relasjoner er en beskyttende faktor ved selvmordsfare.

I kriser der selvmordstanker eller selvmordsplaner er aktivert, er relasjoner og nærhet til andre mennesker betydningsfull fordi det kan være en bekreftelse på at den som tenker på å ta sitt eget liv ikke er alene. Dette bekreftes i funnene, at relasjon er viktig for den som tenker på å ta sitt eget liv og for helsepersonellet. Men at en gjennom å skape relasjon, gi tid til pasientens tanker og refleksjoner er med som en beskyttende faktor til at pasienten velger å leve. Fordi gjennom samtaler er det noen som gir av seg selv og ser pasienten når han har det vanskelig.

Funksjonen til AAT er at det ofte er korte forløp, for eksempel når pasienter skal vurderes for suicidalitet i en somatisk avdeling. Ofte er dette møte behandlernes første møte med pasienten. I denne samtalen skal behandleren kartlegge suicidalrisikoen, og det kan ofte ta tid før pasienten er villig til å snakke om hvorfor han ikke ønsker å leve lenger. Da må behandleren gi pasienten tid, snakke om andre dagligdagse ting som kan være av betydning for å bygge tillit. Å gi tid, skape tillit og være tålmodig, er med på å skape gode relasjoner og er med på at pasienten åpner seg. Stangeland (2009) formidler at slik AAT er organisert med kort forløp, vil behandlingen bli avsluttet før en god relasjon er ordentlig bygd. Dette kan være en risiko med pasienter som er dårlig på å håndtere slik avslutninger/brudd. Dette kan sette behandlere i relasjonelt dilemma. Disse relasjonelle bruddene er ikke fremkommet i denne studien, behandlerne fremholder relasjonen som viktig og de bruker sin erfaring til å ikke skape brudd gjennom å følge pasienten den tiden det trengs. Behandlerne var bevisst sin faglige tyngde og erfaring, og de hadde flere års erfaring med å skape relasjon gjennom å kunne gi tid. De følger ikke de normene som er satt for hvor lenge en samtale eller en vurdering skal vare. De velger å gi av tiden til å få frem det de anser som essensielt for å kunne hjelpe pasienten. Erfaringen gjør at de tør å bryte de fastsatte normene, de er trygge på seg selv som behandlere.

6.1.2 Bruk av språk i behandlerrollen

Et moment som kom tydelig frem i funnene var språket. Behandlerne var opptatt av det å tørre stille de vanskelige spørsmål. At det ikke var noen spørsmål som ville bli feil uansett hvordan de ble stilt. Det var viktigere å tørre å stille spørsmål, enn å ikke gjøre det i det hele tatt.

Jessen & Holtan (2009) skriver at en gjennom å stille direkte spørsmål om selvmord er kyndig i sitt arbeid. Jessen & Holtan (2009) beskriver at når man er kyndig, så er man bevisst at ikke kan redde alle fra selvmord. En har en forståelse av sitt ansvar som hjelper som gjør at en er i

stand til å stå i de vanskelige situasjonene. Når en er direkte i kommunikasjonen er en tydelig som fagpersonen skriver Jessen & Holtan (2009). En hjelper som ikke stiller spørsmål i det hele tatt eller stiller indirekte spørsmål rundt selvmord er ukyndig. Funnene viser at informantene i AAT, mener at en ikke skal være redd for å stille gale spørsmål rundt selvmordstanker. Men heller være så konkret og direkte i spørsmålene for å få en forståelse av pasientens tanker. De er kyndige slik som Jessen & Holtan (2009) beskriver kyndighet i samtale rundt selvmord. Studiet viser da at behandlerne som jobber i AAT er kyndig i bruk av kommunikasjon rettet mot selvmord.

Spørsmål bidrar til å fokusere på her og nå, og kan stimulere til dialog og refleksjon (Tveiten 2002). Tankene rundt selvmord kan endre seg i takt med hvordan pasienten har det i løpet av en dag. Derfor er det viktig å snakke rundt selvmordstanker om det som er gjeldene her og nå. Studiet viser at det er gjennom språket at en kan oppnå en felles forståelse av hva pasienten tenker og opplever når han ønsker å avslutte livet. Haugsvedt & Stordal (1994, s. 115) skriver at det er gjennom språket vi setter ord på følelsene våre, men vi er ikke bestandig klar på hva følelsene er og hvordan en skal kunne sette ord på disse. Da kan en få hjelp ved at noen stiller spørsmål slik at gjennom disse kan tydeliggjøre følelsene for oss selv. I følge Eide & Eide (2004) blir behandlere oppmerksom på nyanser hos pasienten i dialogen. Det kan være at kroppen endrer seg fra å være spent til å bli løs og ledig. Det kan være endring i bruk av blikkontakt. Eller det kan bli stillhet i samtalen. Disse nyansene er språk, det er et nonverbalt språk, men det forteller også mye til en erfaren behandler. Dette kan tyde på at behandlerne har bygget opp en yrkesspesifikk kompetanse som Skau (2005) beskriver. Her er den yrkesspesifikke erfaringen de har bygget opp over tid i samtaler med ulike pasienter. De har kompetanse på hvordan de skal de tolke de ulike signalene som pasienten sender ut og studiet viser at de har slik erfaringen at de våger å stille spørsmål rundt de nyansene de fanger opp i samtalen. Eller de kan bruke stillhet som et språk ovenfor pasienten ved å legge ansvaret på pasienten for å velge hvilket fokus samtalen skal ha (Eide og Eide 2004).

I studiet kommer det frem at å bruke stillhet i samtalen er et verktøy som brukes for å få svar. Eide og Eide (2004) skriver at når stillhet brukes i samtale vil den som er mottaker av den ofte føle en forventning, kanskje også en oppfordring til å gå videre, eller til å utforske. Stillheten gjør at behandleren kan la inntrykk synke inn, til å kjenne og tenke etter hva det var pasienten fortalte (Ibid). Behandler kan også bruke stillhet til å vurdere nye innfallsvinkler i sine spørsmål for å få ønsket respons fra pasient. Stillhet kan brukes aktivt for å skape rom, slippe pasienten til i samtalen og hjelpe pasienten til å finne ord som kan beskrive hvordan de har

det. Stillheten kan brukes for å vise pasienten at «jeg lytter». En bruker nonverbale bekreftelse og ikke lyder som «mm» (Eide og Eide 2004).

Når behandlerne bruker stillhet og ikke-ord, kan dette skape en trygghet og åpenhet som kan gjøre det lettere for pasienter å dele og utforske de vanskelige tankene de har. Funnene viser at behandlerne er erfarne i bruk av verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette gjør at de gjennom dialog kan greie å skape en relasjon som gjør at pasienten får til å snakke om tankene og handlingene de tenker på rundt det å ta livet sitt. Funnene viser at det å ha erfaring og det å stille direkte spørsmål ikke er til skade for en pasient som har selvmordstanker, men de er mer til hjelp for å kunne gjøre at pasienten mestrer sine tanker.

6.2 Trygghet i behandlerrollen

Å være trygg i rolle som hjelper er et funn som kommer frem i studien. Det handler om å gi av seg selv som privatperson, samtidig som en skal opptre profesjonelt. Når en som hjelper er trygg i rollen, så er det også enklere å dele av sitt privatliv.

Trygghet handler også om omsorg. I studiet vises det til omsorg, og at en i sitt arbeid og relasjon med pasienter ikke gir opp, selv om situasjoner noen gang kan virke veldig vanskelig og krevende. En blir trygg blant annet gjennom mestring, og erfaring fra privat- og arbeidslivet.

6.2.1 Behandler – å være tilstede som privat person

Skau (2005) skriver at det å være profesjonell og det å være personlig ikke er motsetninger. Hun mener det er tvert imot; *at i samspill med andre mennesker innebærer god profesjonalitet at yrkesutøver er i stand til å være personlig i møte med andre* (Skau 2005, s. 42). Studiet viser at det å være privat, og at en deler fra den privatlivet, gjør at en kan skape en god relasjon til pasienten. I funnene kommer det frem at informantene blir engasjert, de viser hvem de er, og gir av seg selv. Dette er i mange saker viktigere enn den teoretiske kunnskapen de har med seg inn i samtalene (Skau 2005).

I studiet til Vråle (2010) viser hun til at personlig engasjement er betydningsfullt i selvmordsforebyggende arbeid. Dette blir bekreftet i funnene hvor det kommer frem at det å dele av seg selv er viktig for å få en relasjon. Det kan fungere beskyttende ovenfor pasienter

som ønsker å ta livet sitt. Det å være privat i samtaler og i møter med pasienter gjør at det kan bli en god dialog og at det dermed bygges en beskyttende relasjon til pasienten (Vråle 2010). Det at det kan bli en god dialog kan for eksempel være at en tar bort fokuset rundt selvmordstanker, og at det dermed blir en samtale rundt de positive aspektene med livet. Da kan en oppleve endringer. Endringer i tanker og følelser.

Lorentzen (2011) skriver at når en gjør oppgaver som er rettet inn mot det faglige kan det være lett å legge bort det private, men når det gjelder handlinger som er rettet mot etiske handlinger er det nesten umulig å ikke være personlig. Dette blir bekreftet i funnene. Gjennom det å gjøre en suicidalkartlegging med skjema i fokus, er en ikke privat i relasjonen. En følger noen fastlagte spørsmål som skal besvares (Nasjonale retningslinjer selvmord 2008). Men når man i felleskap mellom behandler og pasient skal reflektere om livet og døden, da vil det være naturlig å dele av det personlige ifølge Lorentzen (2011). Vråle (2009) beskriver temaet å være privat som nærhet og avstand – handling og refleksjon, og at det for eksempel er noe sykepleiere lærer i utdanningen. Evne til å være handlende og nær må kombineres med evnen til å ha avstand og refleksjon. Når en er for nær pasienter i relasjoner er det vanskelig å skille mellom ulike handlinger, og en greier ikke å se klart gode løsninger (Ibid). Når en behandler møter pasienter som ikke ønsker å leve lengere, gjør behandleren bevisste valg i retningen en ønsker samtalen. Studien viser til at behandleren ofte velger å dele av seg selv i samtalen. De velger å tune seg inn på pasienten og se hvilket behov pasienten har for kontakt, enten den er av en profesjonell art eller om det er en kombinasjon av å være profesjonell og privat. Denne kompetansen med å tune seg inn mot pasienten kommer med den tryggheten behandleren har i seg selv, sin yrkeskompetanse og støtte fra kollegaer.

6.2.2 Omsorg

Når en er den trengende parten, for eksempel pasienten med selvmordstanker da kan det føles uverdigg å motta omsorg. Desto mer støtte og hjelp pasienten har behov for, jo mer nedverdiggende kan det føles (Henriksen og Vetlesen 2000). Resultatene viser at behandlerne mener at omsorg er å være tilstede for pasienten som har det vanskelig. Selv om pasienten avviser kontakt med behandler, så viser behandlerne at de er tilstede og støtter pasienten slik at de skal føle seg sett og hørt. Funnene forteller at behandlerne ikke gir opp pasientene, selv om relasjonen mellom dem kan bli vanskelig.

Av og til må det brukes makt for å gi pasienten omsorg. Dette fordi det kom frem i funnene at det noen ganger måtte vurderes tvang, når behandleren i AAT ikke greide å få inngått avtaler med pasient om ikke å skade seg selv. Skau (2013) mener at makt kan fordeles og utøves på en etisk forsvarlig måte, for i relasjonen mellom pasient - behandler er det som regel behandleren som innehar det reelle makten i relasjonen. Når en pasient ikke lenger ønsker å leve, er det uttalt makt som ligger i de ordene fra pasienten. Behandlerne som tar imot disse ordene blir eller kan bli avmektig (Ibid). Men funnene viser at behandlerne noen ganger må gripe til makt for å vise pasienten omsorg. De bestiller time hos legevakten for å få en vurdering av tvangsinnleggelse. I funnene mener behandlerne at det noen ganger må brukes makt i relasjonen til pasienten for at han ikke skal velge å ta sitt eget liv.

Stangeland (2016) beskriver at hvis behandleren rydder opp i pasientens liv, vil dette begrense pasientens mulighet for å øve seg på problemløsning. Når behandler vurderer at en pasient bør tvangsinnlegges grunnet selvmordstanker, fratrar en pasienten muligheten til å få hjelp og støtte der de er, enten det er hjemme eller i poliklinikk. Stangeland (2016) skriver at når man vurderer tvang, er det fordi behandler kjenner på et behov for å beskytte pasienten mot seg selv. Men det er bare i ekstreme og tidsavgrensede situasjoner hvor pasienter har mer nytte av tvang enn å få støtte til å håndtere motgang (Ibid).

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008), er det flere punkter som helsepersonell skal følge opp gjennom vurderinger og skriftliggjøring. Alle disse punktene som skal vurderes kan føre til at hvis pasienter tar selvmord eller skader seg under behandling kan det føre til at behandlerne føler at det er deres ansvar (Stangeland 2016). Derfor kan det noen ganger være den «enkleste» utveien å få en pasient tvangsinnlagt, slik at man føler seg selv sikret i situasjonen. Funnene viser at behandlerne selv er bevisst på sine følelser i handlingene de gjør, de prøver så langt det er mulig å unngå bruk av tvang. Funnene viser at de heller ønsker å gi pasienten omsorg utenfor institusjoner, slik at de lærer seg å mestre hverdagen slik den er.

6.3 Refleksjon

Når man jobber tett på mennesker som ikke ønsker å leve er det viktig å ta hensyn til seg selv som hjelper. Funnene i studiet viser at helsepersonellet etterspør hvordan de skal kunne ivareta seg selv i vanskelige situasjoner, hvordan privatlivet og de erfaringene man har med seg kan påvirke hvordan man hjelper pasienter som ikke ønsker å leve lenger.

6.3.1 Refleksjon rundt personlige erfaringer

Funnene i studiet bekrefter at informantene bruker refleksjon for å kunne bli bedre i sin jobb med pasienter som ikke ønsker å leve lenger. De bruker refleksjon aktivt sammen med sine kollegaer, hvor de også henter støtte i arbeidshverdagen. Refleksjonen er en støtte mellom kollegaer, da de ofte jobber to og to sammen i vanskelige saker, dette for å hele tiden vite at de har faglig støtte i noen andre. Informantene trekker frem det at de jobber to og to sammen som en sikkerhet i sitt arbeid, men også som en sikkerhet for seg selv. De vet at det bestandig er en kollega i nærheten som er tilstede, i intervjuene kommer det frem at alle informantene bruker sine kollegaer aktivt som støtte. Støtten de gir hverandre er rom hvis de har det vanskelig i det private livet, men også rom og trygget i samtalene hvor de skal gjøre vurderinger rundt risikoen av pasientens selvmordstanker eller handlinger. I studiet til Vråle (2014) bekreftes det at kollegastøtte er betydningsfullt. Relasjonen som behandler og pasient har hatt kan være av en slik betydning at det kan skape reaksjoner hos behandler hvis pasienten velger å ta sitt eget liv. Disse reaksjonene er informantene i studiet beviste på, og funnene viser til at de har en reflektert holdning over at det kan gå galt, de kan miste pasienter i selvmord. Denne reflekterte holdningen informantene viser til at de er bevisst seg selv og hvordan det påvirker dem. I studien til Lander og Nesje (2004) beskrives det at den uformelle kollegastøtten som gis i vanskelige situasjoner er viktig, den er forebyggende i forhold til demoralisering og depressive tanker. Det er viktig å være bevisst sine kollegaer og gi dem støtte både i vanskelige situasjoner, men også når det oppstår andre situasjoner hvor man opplever at en kollega trenger støtte i hverdagen.

I følge Grad (1999) kan behandlere føle seg mislykket, ubrukbar og hjelpeløs når de står i vanskelige situasjoner når en pasient tenker på å ta livet sitt. Man kan da føle på en smerte i forhold til sin egen kunnskap og evne til å hjelpe pasienten i den vanskelige situasjonen han er i mellom liv og død (Ibid). Denne kunnskapen at helsepersonell vil kunne føle seg hjelpeløse og tvile på sin egen kunnskap og erfaring er vanskelig å bære, denne tvilen vil kunne påvirke hvordan man hjelper neste pasient som kommer med tanker om å ta sitt eget liv. Man kan komme til å overkompensere i neste møte med pasienten, og at det blir redselen for selvmord som er i fokuset og ikke pasientens opplevelse. Stangeland (2009) beskriver at unge pasienter ofte har det han betegner som mestrings – selvmordstanker. Dette er fantasier ungdom har om selvmord, som har som funksjon å mestre vanskelige tanker og følelser. Hvis man som behandler ikke har kjennskap til dette, eller ikke våger å utforske disse tankene med pasientene, vil det kunne føre til økt frykt for selvmord hos behandlere som møter disse

pasientene. Men hvis man har erfaring og kompetanse vil det kunne skape en trygghet hos behandlerne som vil kunne redusere frykt og handling som kan være til mer skade enn hjelp til pasienten (Ibid). Funnene i studiet bekrefter at informantene er bevisst sine holdninger, sin frykt og redsel for at de kan gjøre feile vurderinger av selvmordsrisiko.

Når behandlere reagerer på det som pasienten forteller, kan dette i noen tilfeller forstås som motoverføring. I følge Larsen (2011) er motoverføring noe i historien og fremtoningen til pasienten som treffer noe i behandlerens eget liv eller oppvekst. Isdal (2017) mener at motoverføring er en naturlig og nødvendig del i relasjonen mellom behandler og pasient. De reaksjonene behandler har kan ikke bare knyttes til barndom, men det er hvordan behandler er som menneske og som samfunnsborger (Ibid). Funnene i studiet viser at det foreligger motoverføringer i relasjonene som helsepersonellet i ambulant team har i møte med pasienter, noen har en bakgrunn i at de har reddet et annen mennesker fra selvmord og skal i ettertid jobbe med pasienter som har selvmordstanker. Motoverføring er behandlers reaksjon i møte med smerte og lidelse, skriver Isdal (2017). Altså de hendelsene som man får i sin jobb er også med som motoverføringer når man er i sitt daglige virke på jobb. Dette skriver både Larsen (2011) og Isdal (2017) noe om, hvordan man skal greie jobben sin når det ligger ubearbeidede hendelser bak som er inne å påvirker hvordan relasjonen mellom behandler og pasient kan bli. Larsen (2011) og Isdal (2017) skriver at det er viktig å få snakke om de reaksjonene som behandler opplever i relasjonen, og får bearbeidet det som ligger i bakgrunnen som kan være med å skape de reaksjonene hos behandleren når pasienten forteller sin historie. Det kan være utfordrende for en behandler å registrere og erkjenne sine egne motoverføringsreaksjoner, funnene i studiet viser at det kan ligge ubearbeidede følelser hos enkelte av informantene, som hendelser hvor behandlere har berget livet til pasienter i selvmordsforsøk eller at det foreligger en redsel for at noe kan hende i møte med pasienten.

6.3.2 Refleksjon rundt økt kompetanse

Når informantene ramset opp all sin utdanning i starten av intervjuene, ble det ganske slående at det er svært ulike videreutdanninger som foreligger. Det kommer også frem i intervjuene at informantene mener at å kunne få økt kompetanse er viktig for å kunne greie å stå i jobben over tid. Både Jessen & Holtan (2009) og Notø, Olsen, Normann & Løberg (2005) beskriver behovet for økt kompetanse som viktige aspekter for å greie å stå i jobb og situasjoner som er svært belastende. I studiet til Notø et al., (2005, s. 495) viser resultatene at hvis deltakerne hadde vært med på ulike former for kurs eller videreutdanning innen selvmordslære, opplevde

de en faglig kompetanse i forhold til å vurdere selvmordsrisiko, kontra de som ikke hadde deltatt på slike kurs. Dette viser til at det bør være en bevissthet på økt kompetanse hos behandlere som jobber i AAT. Selv om behandlerne i AAT mener at de er i behov for økt kompetanse på området innen selvmordslære, er det ikke bestandig arbeidsgiver vil være enig i det. Arbeidsgiver skal ha økonomi til å sette av penger og ressurser til at de ansatte skal kunne få den nødvendige kompetansehevingen som blir ansett av arbeidsgiver som nødvendig. Slik det har vært i spesialisthelsetjenesten over år nå, virker det ikke å være gode nok økonomiske rammer for kompetanseheving blant de ansatte. Det er ikke økonomi til å gjennomføre kurs eller å delta på eksterne kurs rundt i landet, dette blir igjen en belastning for arbeidsmiljøet som kommer ut med negative reaksjoner på manglende økonomi og støtte fra arbeidsgiver.

Alle ansatte i AAT i Troms skal ha VIVAT-kurset om førstehjelp ved selvmordsfare, dette er en kompetanseheving som arbeidsgiver står for. Jessen & Holtan (2009) beskriver ut fra sitt studie av ansatte som har tatt VIVAT-kurset at de oppfatter seg som kyndig eller ukyndig i møte med pasienter som ønsker å ta livet sitt. De viser til at kurset kan øke bevisstheten for behandlere fra å gå fra å være ukyndig i sitt arbeid, til å bli kyndig gjennom at de får økt kunnskap og forståelse av hva selvmordslære er.

6.3.3 Refleksjon rundt ivaretagelse av behandlere

Funnene i studiet viser at informantene etterspør veiledning. De fremhever veiledning som et viktig element i jobben for å kunne få sortert, reflektert og søkt råd i vanskelige saker eller i etterkant av krevende situasjoner. I følge Vråle (1998) kan vanskelige opplevelser som ikke bearbeides i kyndig veiledning føre til uhensiktsmessige måter å møte pasienter som er selvmordsnære. Hvis opplevelsene blir satt ord på, reflektert over og bearbeidet, vil det være en viktig kilde til kunnskap som man kan ta med seg videre i jobben med pasienter som ikke ønsker å leve. Behandlerne som møter selvmordsnære pasienter kan oppleve følelser som angst, frykt, tristhet, sorg, hjelpeløshet, sinne, opplevelse av krenkelse i hjelperollen, skam, skyldfølelse, håpløshet og meningsløshet (Ibid). Dette er sterke følelser som kommer frem og som Vråle (1998) mener bør bearbeides i veiledning. Funnene i studiet viser til at behandlere bærer med seg noen av disse sterke «negative» følelsene som de etterspør veiledning på. Funnene viser også at behandlere i AAT ikke får god veiledning, hvis de i det hele tatt får veiledning. Psykologer som er i spesialisering har veiledning som en del av sin hverdag, de skal ha veiledning når de er under utdanning til spesialist (Notø et al., 2005), men det er ikke

slik ordning for helsepersonell som har treårig utdanning. Funnene viser at det er behov for veiledning, veiledning som er organisert og som er obligatorisk i jobben. Noen av informantene har ikke hatt veiledning på flere år, de har etterspurt veiledning fra arbeidsgiver slik at de skal kunne få veiledning, under intervjuene var ikke veiledning kommet på plass enda.

Bang (2003) skriver at veiledning kan ha tre funksjoner som; lærling, støtte og administrativ kontroll. Veiledningen skal som regel dreie seg om hvordan behandler utfører sin arbeidsoppgave, veiledningen skal være til hjelp til å kunne gjøre behandleren i stand til å gjøre en best mulig jobb (Ibid). Når funnene viser til at enkelte behandlere i AAT ikke mottar veiledning, kan man anta at de ikke greier å gjøre en så god jobb som de kunne gjort hvis de hadde hatt veiledning. Vil det være bedre å være uten veiledning, enn å motta dårlig veiledning, det kan bli et resultat hvis veileder mangler kompetanse på området eller ikke er i stand til å skapetrygghet og tillitt som veiledning er avhengig av (Bang 2003). I følge Isdal (2017) må den som gir veiledning forstå hva det er behandlerne som mottar veiledning står i, veileder bør ha erfaring med det som det skal veiledes om. Derfor når informantene etterspør veiledning er det fra noen som har kunnskap om hvordan det er å jobbe i akuttkjeden med pasienter som er selvmordsnær. De etterspør ikke veiledning fra noen som ikke har erfaring fra jobb med selvmordsnære personer. Funnene viser til at veiledning er viktig, men at veiledningen bør gis fra noen med kunnskap om selvmordsnære pasienter.

Hvis veiledning hadde vært på plass, hadde kanskje ikke det kommet frem i funnene at informantene tar jobben med seg hjem. Bang (2003) mener at i møte med mennesker som har opplevd mye vondt blir vi som hjelpere rørt, rammet og rystet. Når man jobber med følelser er det ingen av eller på knapp (Isdal 2017), følelsene lever sitt eget liv. Funnene er i tråd med det Bang (2003) og Isdal (2017) beskriver. De indikerer at man greier ikke å legge fra seg jobben – den blir med hjem. Når man har stått i vanskelige saker over tid, vil dette kunne påvirke hvordan man fungerer utenom jobben. Man er ikke i stand til å legge fra seg de vanskelige sakene eller opplevelsene, som en av informantene forteller om redselen som kom om pasienten ville ta telefonen når det ble ringte dagen etterpå, redselen vil man da ha med seg hjem. Som helsepersonell med treårig utdanning er ikke dette noe som det snakkes om under utdanningene, at man vil kunne oppleve redsel, maktesløshet, skam eller andre sterke negative følelser. Utdanningene forbereder ikke helsepersonellet godt nok på hva som kan møtes på i jobben med mennesker som har det vanskelig. I følge Isdal (2017, s. 31) bør utdanningene forberede studenter på hva de kan møte i jobben, han mener at det er bedre å forteller

studenter at «*du kommer til å ta jobben med deg hjem*» enn «*pass på å ikke ta jobben med deg hjem*». Han ønsker at dette skulle vært tatt opp under utdanningen slik at han kunne blitt forberedt seg på at jobben ville bli med hjem. Han etterspør opplæring og metoder for hvordan man skal håndtere det når jobben er med hjem slik at det ikke skal påvirke de private relasjonen og oss selv for mye (Ibid). Funnene støtter en slik tanke og viser at man tar jobben med seg hjem, om man ønsker det eller ikke. Funnene viser også at helsepersonell ikke har fått metoder eller opplæring i hvordan de skal håndtere følelsene og tankene når jobben blir med hjem. Funnene viser til at det er mangelfull oppfølging fra utdanningene og arbeidsgiver, både når det kommer til veiledning og kunnskap om hvordan jobben påvirker helsepersonellet i det daglige.

6.4 Fordeler og ulemper ved studiet

En av fordelene med en kvalitativ studie som dette, er at den kan gi nye problemstillinger som kan være utgangspunkt for nye studier av tematikken og som igjen kan føre til økt kompetanse på området. En annen fordel ved studiet er at det kan gi kunnskap til et felt hvor det ikke foreligger mange studier fra før i et behandlerperspektiv.

En ulempe med studiet er at den bare har fire informanter og vil på den måten ikke være generaliserbar på en slik måte at det kan trekkes resultater ut fra studien til en større populasjon. Studien kan uansett ha overføringsverdi, fordi det vil antakelig være behandlere som jobber i psykisk helse og AAT som vil kunne kjenne seg igjen i informantenes erfaringer. Andre forskere vil nok kunne gjennomføre studien på samme måte, da det foreligger en god beskrivelse av hvordan studiet er gjennomført. Det betyr imidlertid ikke at en annen forsker nødvendigvis ville kommet frem til det samme resultatet, dette fordi vi mennesker får nye erfaringer, endrer meninger og vi endrer holdninger. Derfor er det viktig at det redegjøres på en god måte i studien hvordan data er kommet til i prosessen (Thagaard 2009). Derfor er det gitt en god beskrivelse av prosessen i metoddelen av oppgaven.

Når man forsker i eget fagfelt opplever man at det har sine fordeler, men også ulemper. Fordelen er at man har kunnskap og erfaring om faget, fagfeltet og de ulike pasientgruppene som møtes. Dette gjør at man kan utforme og stille intervju spørsmålene på en mer meningsfull og relevant måte. Ulempen kan være at man ikke greier å se det som ligger

utenfor egen erfaring, fordi det kan være for selvsagt slik at man ikke tenker på det som relevant. En annen utfordring kan være å ta hensyn til om jeg har greid å legge nok fra eksisterende forforståelser. Slik at man unngår at egne tanker og erfaringer preger studien i for stor grad.

6.5 Refleksjoner og implikasjoner

De føringene som foreligger fra helsemyndighetene i dag er at det skal være en tilnærmet nullvisjon på selvmord. Dette tenker jeg påvirker behandlere som jobber med pasienter som er selvmordsnære. Derfor vil en mulig implikasjon fra studiet være at behandlere som jobber i AAT, kan få et godt utbytte og av videreutdanning innen forebygging av selvmord. Denne utdanningen burde være like viktig som videreutdanning innen psykisk helse. Slik videreutdanning ville sannsynligvis øke behandlerens kompetanse og trygghet i det praktiske arbeidet med pasienter med psykiske lidelser og pasienter som er selvmordsnære. En annen implikasjon vil kunne være å gi veiledning i en mer organisert modell, tilnærmet lik slik psykologer og leger i spesialisering har det. Dette for å forebygge psykisk uhelse hos behandlerne og for å gi de en arena hvor det er tid til refleksjon sammen, samt øke kvaliteten i pasientbehandling.

7. Metodisk refleksjon

Her kommer jeg med en oppsummering av de refleksjonene jeg sitter med i ettertid av metodeforståelse.

Selv om man skal være forsker masteroppgaven er jeg fortsatt bare et menneske, men egne tanker, følelser, forståelse. Det er derfor nødvendig at jeg som forsker har et åpent sinn, kan kjenne på følelser, være bevist på ettertanke og kunne bli overrasket over andres forståelse. Dette er for at forskningen ikke skal bli en bekreftelse på det man allerede vet om feltet.

Slik Malterud (2017) beskriver refleksivitet som at man er i en prosess, man skal vise evne og vilje til å stille spørsmål med hvilken fremgangsmåte man har og det bør komme frem ettertanke og tvil.

Temaet i studien har jeg hentet fra min egen arbeidshverdag, dette er et tema som jeg er engasjert i og som jeg har interesse for. Dette engasjementet ser jeg nå i ettertid har vært med på å farge min utforming av hvordan problemstillingen ble og ikke minst intervjuguiden.

Problemstillingen tenker jeg er godt spisset slik den er, men i ettertid seg jeg at den kunne vært utformet med et annet blikk. Kanskje jeg heller burde fokusert mer på erfaringene som behandlerne hadde i møte med selvmordsnære pasienter og ikke kompetanse. Intervjuguiden er utformet for å få frem hvilken kompetanse som behandlerne anser som viktig, men spørsmålene kan være farget av min forforståelse av hva jeg har tenkt kunne komme frem i intervjuene. Det er mulig at intervjuguiden har ledet frem av et ønske om ny kunnskap om kompetanse. Dette reflekterer jeg over nå i etterkant av oppgaven.

Mitt valg av teoretiske perspektivet kan ses i stor grad at jeg er styrt av min forforståelse og den bakgrunnen jeg har i yrkesfeltet. Hvis jeg hadde en annen bakgrunn og erfaring kunne det ha vært fokusert på andre teorier og utgangspunktet kunne da sett annerledes ut og de tolkningene som jeg har gjort i drøftelsen ville da også vært annerledes. Men dette har jeg tatt hensyn til gjennom at analysen styrer det teoretiske perspektivet er det tatt hensyn til denne utfordringen.

Ved at studiet er gjort i eget fagfelt, kunne blitt utfordrende. Dette hvis jeg anså meg selv som utlært på området og tenkte at har finnes det ikke mer opplysninger å få frem. Men fordi jeg tenker at dette er et område som det fortsatt ikke er nok kunnskap om, har jeg ikke vært for styrende i forhold informantene. Men jeg har vært åpen og lyttende til historien de kommer med. Når jeg er åpen i møte med dataen som blir innhentet, blir funnene som kommer frem av interesse og tolkningen blir da av betydning i forhold til det som er kommet frem fra informantene. Men samtidig må jeg være klar over at min forforståelse nok har vært inne og styrt, slik at det kunne vært viktig informasjon eller kunnskap som kan være tapt i analysen.

Thagaard (2009) skriver at ved kvalitative studier bør ikke antall informanter ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser. Malterud (2017) skriver at ved høy informasjonsstyrke kan data fra 4-7 informanter være tilstrekkelig til å gi nok material til analyse. Derfor kan det ses som en svakhet at jeg bare hadde fire informanter. Hvis det hadde vært flere informanter kunne man kanskje lettere ha sett etter gjentakende erfaringer og tanker, dette hadde gjort at overførbarhetsverdien hadde økt. Studiet har en overførbarhet i seg selv, fordi erfaringene og tankene til informantene som har deltatt er sann for informantene og som forsker har jeg formidlet og tolket de etter beste evne.

Da studiet er nær praksis vil dette kunne gi nyttig informasjon ut til behandlere som jobber i AAT eller annet helsepersonell som jobber tett med selvmordsnære pasienter.

7.1 Validitet og reliabilitet i studiet

Når det gjennomføres forskning skal det hele tiden vurderes hvilken kvalitet forskningen har. Forskningens kvaliteten blir beskrevet som troverdighet (validitet) og bekreftbarhet (reliabilitet).

Troverdighet er studiets gyldighet (Malterud 2017), og handler om troverdigheten om hvilken relevans de innsamlede dataene har for problemstillingen, hvilke tolkninger som er gjort av dataene som er innsamlet og gyldigheten av disse tolkningene (Ibid). Derfor er det viktig at spørsmålene som er i intervjuguiden skal gi et svar på problemstillingen, og det er ikke troverdig hvis det ikke er samsvar mellom problemstillingen og intervjuguiden. Malterud (2017) skriver at validitet er et begrep som brukes om forskningen måler det den skal og videre om den greier å gjengi studiet på en overbevisende måte. Derfor er det viktig at jeg er bevisst min problemstilling gjennom studiet, slik at jeg ikke bryter med problemstillingen for å få et annet resultat av forskningen. Det er viktig å hele tiden være bevisst at studiet skal kunne ettergås, derfor har jeg skrevet logg der jeg beskriver trinnene som er gjort i analysen og de endringene som er kommet til fra første skritt når analysen startet.

Studiets bekreftbarhet er om andre forskere, hvis de bruker samme metode, vill de komme frem til samme resultat (Thagaard 2009). Når et kvalitativt studie er vurdert til å være gyldig og pålitelig, handler dette om at resultatene skal være til nytte for andre (Kvale & Brinkmann 2012). Bekreftbarhet viser til hvor pålitelig et resultat er, med hvilken bakgrunn ble informasjon innhenter, hvordan ble informasjonen benyttet og til slutt bearbeidet (Malterud 2017). For å finne ut om et studie har troverdighet og gyldighet, skal resultatet sjekkes opp mot tidligere relevant forskning, studier og faglitteratur.

Kvale & Brinkmann (2012) skriver at for å bli en god intervjuer må det trening til for å sikre god overførbarhet. Som en kvalitetssikring har det blitt gjennomført prøveintervju. Når intervjuene som inngår i studien skulle gjennomføres valgte jeg å gi informantene informasjonsskriv og beskrivelsen av studiet på forhånd, slik at de hadde mulighet til å gjøre seg kjent med formålet med studiet. Under intervjuet sikret jeg meg å gjengi mine tolkninger, slik at den enkelte behandler kunne rette på den hvis det ikke stemte med deres tolkning. Etter at intervjuene og transkriberingen var ferdig, har jeg hørt over intervjuene og sammenlignet dem med den skrevne teksten slik at det er samsvar mellom historie og tekst. Dette mener jeg er med på å sikre en god overførbarhet i studiet.

8. Avslutning

8.1 Oppsummering

Hensikten med studiet var å belyse følgende problemstilling: *Hvilken kompetanse erfarer behandlere i ambulant akutt team som viktig i møte med pasienter som ikke vil leve?*

Resultatene viser at behandlere i AAT anser kunnskap om relasjon og kommunikasjon som viktig når de møter pasienter som ikke ønsker å leve lengre. Behandlerne er bevisst sin kunnskap og bruker den aktivt i møte med pasienter, og de er hele tiden bevisst de individuelle behovene pasientene har i samtaler.

Studiet viser også at refleksjon over egen erfaring og refleksjon rundt ivaretagelse er viktig for behandlere, dette for at de skal kunne bli bedre i sin bruk av kompetanse og være seg bevisst de belastningene de har i jobben som behandler i AAT. Dette er i tråd med tidligere forskning på området.

En god og trygg relasjon til pasienter blir til gjennom bruk av tålmodighet, dette er et resultat som kommer frem. Behandlerne bruker av sin erfaring for å skape trygghet for pasienten, til å kunne snakke om hvor vanskelig livet er. De gir tid til å skape denne tryggheten og relasjonen, og behandlerne har en slik lang erfaring i jobben at de er trygge på seg selv til å bryte normer som er lagt for hvor lang en pasientsamtale skal være. Dette støtter litteratur og forskning opp under.

I dagens helsevesen er det et stort fokus på resultater i behandlingen. Behandlere blir målt på antall pasienter de har for dagen og hvor mye tid de bruker på hver enkel pasient. Dette er betenkelig, sett opp mot kunnskapen om at tid er avgjørende for å gjøre gode vurderinger og for å ivareta pasienter, på en god måte. Dette er ikke positivt for hvordan behandlerne i AAT jobber når de møter pasienter i kriser. Erfaringen deres sier at hvis man gir tid i samtaler vil man kanskje kunne unngå innleggelse som koster samfunnet mer enn hva det vil si å gi en pasient 5 timers samtale.

8.2 Metodekritikk

Når man vurderer studiets metode med et kritisk blikk, kan man se elementer som kanskje kunne forbedret studiet. Det kunne vært gjennomført fokusgruppeintervjuer med de som jobber i AAT, hvor også andre faggrupper ble inkludert som for eksempel psykologer og leger.

Dette kunne løftet den faglige diskusjonen og refleksjonen rundt kompetanse, og det kunne gitt en bredere beskrivelse av hva som oppleves som viktig kompetanse i møte med pasienter som ønsker å dø.

8.3 Videre forskning

Informantene i studiet tilhørte AAT i spesialisthelsetjenesten. Slik det er i dag har flere kommuner også opprettet ambulant team som skal være tilgjengelig for befolkningen i kommunen ut over normal åpningstid som er klokken 8-15.30. Ambulant team i kommunen skal ha et fokus på psykisk helse og rus. Det kunne vært interessant å sett på forskjeller mellom AAT i spesialisthelsetjenesten og ambulant team i kommunene, med hensyn til hvilken kompetanse de vektla. Eller vil det være forskjell på pasientgruppen som spesialisthelsetjenesten og kommunen møter, slik at kompetanse vektlegges forskjellig.

Men det kan være av betydning å skulle forske videre på de belastningene som behandlere snakker om som de opplever med å jobbe innen psykisk helse. Dette er fortsatt en vanskelig tema for mange og jeg har en forståelse av at det er skambelagt å skulle snakke om hvor vanskelig det er i jobben. De som jobber med helse, har en tanke om at jeg skal jo hjelpe. Slik at det er ikke jeg som trenger hjelp med de tankene og følelsene jeg bærer på.

I løpet av masteroppgaven har jeg fått nye spørsmål og refleksjoner som har gitt meg en større innsikt i hva vi som behandlere i AAT vektlegger som viktig når vi møter pasienter som ønsker å dø. Jeg har økt min forståelse for at det vil være ulike krav til kompetanse i hvert møte med pasienter. Som behandler må jeg tilpasse meg pasientens behov og ikke omvendt. Jeg er mer usikker på om jeg kan kalle meg for en kyndig behandler, da jeg har reflektert over mangler som jeg har i min kommunikasjon med pasienter. Jeg ønsker nå å øke min forståelse for å bli mer kyndig, slik at det ikke skal være den ukyndige behandleren pasienten behøver å møte når han har det som vanskeligst.

Litteraturliste

- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal.
- Eide, T & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet (2016, 01 mai). *Dødsårsaksregistret D-10, Selvmord etter kjønn, alder og dødsårsak*. Henter fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Hammerlin, Y & Schjelderup, G. (1994). *Når livet blir en byrde. Selvmordsforståelse og problemer med forebygging*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax Forlag.
- Grad, O. (1999). *Helsepersonell som etterlatte ved selvmord*. *Suicidologi*, årg. 4, nr. 3, s. 16-17.
- Haugstvedt, K.T & Stordal, S.M. (1994). *Kommunikasjon*. Oslo: NKS-Forlaget.
- Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. IS-2182. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. IS-2156. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henriksen, J-O & Vetlesen, A. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hultberg, K.B & Karlsson, B. (2008). *Om å arbeide i et ambulant psykiatrisk akutteam – noen erfaringer*. *Fokus*, volum 36, s. 38-49.
- Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Jessen, P.B & Holtan, A. (2009). *Selvmordsforebyggende arbeid – fagfolks forståelse av kyndig praksis*. *Suicidologi*, årg. 14, nr.3, s. 24-27.

- Kilvær, D, Fagerheim S.H, Trondsen, M.V, Stensland G.Ø & Myrbakk, V. (2015). *Evaluering av endringer i akuttjenesten for opptaksområde til avdeling Sør, Psykisk helse og Rusklinikk, UNN HF*. (Evalueringsrapport DeVavi 2015, s. 1-63). Hentet fra: <http://docplayer.me/5701831-Evalueringsrapport-devavi-desentralisert-vaktsamarbeid-ved-bruk-av-videokonferanse.html>
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» *Motoverføring og suicidalitet*. *Suicidologi*, årg. 16, nr. 1, s. 18-24.
- Lander, H. & Nesje, I. (2004). *Selv mord i psykiatriske døgninstitusjoner: reaksjoner og oppfølging blant personalet*. *Suicidologi*, årg. 9, nr. 2, s. 19-21.
- Lorentzen, P. (2011) *Ansvar og etikk i miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. Trondheim: Cappelen Forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Utgave 4. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord (udatert, 1 mai). Hentet fra: http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/dokumenter/infografikk_hovedfunn1.pdf
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging (udatert, 1 mai). *Fakta om selvmordsforskning*. Hentet fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selv-mordsforsok.pdf>
- Notø, T., Olsen, R., Normann, K. & Løberg, T. (2005). *Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 42, s. 491-496.
- Opjordsmoen, S, Vaglum, P. & Thorsen, G. B. (2006). *Oss imellom. Om relasjonenes betydning for mental helse*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Retterstøl, N, Ekeberg, Ø & Mehlum, L. (2002). *Selv mord*. Oslo: Gyldendal.

Rosenvinge, J.H, Larsen, E, Skårderud, F & Thune-Larsen, K.B. (2004). *Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan det læres?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol 41, nr 9, s. 706-712.

Schibbye, A. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, G.M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 3. Utgave. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Skau, G. (2013). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. IS- 1511. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Stangeland, T. (2009). *Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol 46, s. 965-969.

Stangeland, T. (2012). *Når sikreste behandling ikke er beste behandling*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol 49, s. 138-144.

Stangeland, T. (2016) *I skyggen av selvmordsrisiko*. Scandinavian Psychologist, 3, e3.

Statistisk Sentralbyrå (2017, 1 mai). *Tabell 05231, Beregnet folkemengde 31. desember og beregnet folketilvekst i året (K) 2009-2017*. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/statbank/table/05231/?rxid=1530d532-22b3-40f1-89f0-6ffc1aab7046>

Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse –og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Utgave 2. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Tveiten, S. (2002). *Veiledning – mer enn ord*. Oslo: Fagbokforlaget.

Universitetssykehuset Nord-Norge (udatert, 1 mai). *Oversikt over kommuner som sokner til Universitetssykehuset Nord-Norge*. Hentet fra: <https://unn.no/om-oss#organisasjonskart>

Universitetssykehuset Nord-Norge (udatert, 1 mai). *Ambulant akutteam Silsand. Senter for psykisk helse Midt Troms*. Hentet fra: [https://unn.no/seksjon-avdeling/Documents/Avdelinger/Ambulante%20akutteam%20\(psykisk%20helse%20og%20rus\)/brosjyre_ambulant_akutteam_silsand_web.pdf](https://unn.no/seksjon-avdeling/Documents/Avdelinger/Ambulante%20akutteam%20(psykisk%20helse%20og%20rus)/brosjyre_ambulant_akutteam_silsand_web.pdf)

Vråle, G.B. (1998). *Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket – noen refleksjoner om veiledning*. *Suicidologi*, årg. 3, nr. 2, s. 17-19.

Vråle, G.B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: AD Notam Gyldendal AS.

Vråle, G.B. (2010). *Profesjonelle hemmeligheter – faglig felleseie?*. *Klinisk Sygepleje*, årg. 24, nr. 3, s.14-22.

Vråle, G.B. (2014). *Bekymringer som blir bekreftet. Om helsepersonells opplevelser når en pasient tar sitt eget liv*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, volum 11, nr. 1, s. 3-12.

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Tema for studiet

«Hvilken kompetanse erfarer helsepersonell i ambulant team som viktig i møte med pasienter som ikke vil leve?» - en kvalitativ studie

Bakgrunn og hensikt

Jeg er masterstudent på UIT– Norsk Arktiske Universitet og skal skrive masteroppgave om helsepersonell og deres møte med pasienten som ikke ønsker å leve. I den forbindelse skal jeg intervju helsepersonell som jobber i ambulante team.

I møte med pasienter som ikke vil leve, har du en kompetanse og en erfaring med deg. Det vil være dine tanker og erfaringer som skal belyses i prosjektet.

Årsaken til at du er forespurt til å delta er fordi du oppfyller kriteriene med å være ansatt i ambulant akutt team, har minimum 2 års erfaring fra ambulant akutt team, har helse eller sosialfaglig grunnutdanning og har videreutdanning i psykisk helse eller annen videreutdanning.

Hvordan blir din deltakelse, og hva skjer med informasjonen du gir

Under intervjuet vil det bli benyttet båndopptaker, for at det i analysearbeidet vil kunne gjengi konkret det du sier.

Intervjuet vil vare i ca. 1 time. Opplysninger som du gir, vil bli anonymisert, det vil si at informasjonen ikke kan spores tilbake til deg. Du vil bli tildelt et fiktivt navn i oppgaven, og din virkelige identitet er det kun jeg som kan spore tilbake til.

Studiet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.

Jeg planlegger å levere min mastergradsoppgave våren 2018, og all informasjon og lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt og godkjent.

Deltakelse

Det er frivillig å delta i studiet, og du kan når som helst trekke deg fra intervjuet uten å måtte oppgi noen grunn. Data vil da umiddelbart bli slettet.

Dersom du ønsker å delta, signerer du erklæringen om samtykke som er lenger ned på siden.

Har du spørsmål til studien, kan du kontakte meg:

Irene Eilertsen

Sosionom og student ved UIT

Tlf: _____

E-post: _____

Jeg håper du finner deltakelse i denne studien interessant, og at du har et ønske om å delta. Vedlagt finner du en erklæring som er et samtykke til å delta i studien. Denne vil jeg at du dersom du vil være deltaker, fyller ut og returnerer til meg innen 14 dager. Etter at jeg har mottatt denne, vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tid for intervjuet. Intervjuet vil skje på din arbeidsplass og det vil tilstrebes å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

Vedlegg 2 - Samtykkeskjema

Samtykkeerklæring for deltakelse mastergradsstudiet

«Hvilken kompetanse erfarer helsepersonell i ambulant team som viktig i møte med pasienter som ikke ønsker å leve?» - en kvalitativ studie

Jeg (Skriv ditt eget navn) _____

Har mottatt informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i studiet.

Deltakelse i studien er frivillig, og jeg mottar ingen økonomisk kompensasjon eller annen godtgjørelse for deltakelsen.

Dato: _____

Sted

Signatur

Adresse

Telefon

E-post

Vedlegg 3 - Godkjenning fra NSD og forlengelse av frist



Bente Agnes Simonsen

9037 TROMSØ

Vår dato: 09.10.2017

Vår ref: 56139 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

56139	<i>Helsepersonells erfaring med pasienter som ønsker å ta sitt eget liv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bente Agnes Simonsen</i>
Student	<i>Irene Eilertsen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.11.2017 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Emne: 56139 Helsepersonells erfaring med pasienter som ønsker å ta sitt eget liv

English text below

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt: 10.01.2018.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 23.05.2018.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.
Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Håkon Jørgen Tranvåg - Tlf: 55 58 20 43
Hakon.Tranvag@nsd.no
Personvernombudet for forskning,
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4 - Intervjuguide

Intervjuguide

Informasjon før intervjuet: Frivillighet, min rolle som forsker, formålet med prosjektet, lydbåndopptaker, transkribering og oppbevaring av data.

Har informanten noen spørsmål før intervjuet begynner? Opplyse om at det vil være anledning til å stille spørsmål underveis.

Fortell litt om deg selv: utdanning, arbeidserfaring

Kan du fortelle meg om dine erfaringer med pasienten som ikke ønsker å leve? Kan du forklare nærmere?

Kan du fortelle om at møte med en pasient som ikke ønsker å leve som har berørt deg?

Hva tenker du har vært viktig av kunnskap og ferdigheter å ha med seg inn i møtet?
(Oppfølging: teoretisk kunnskap, yrkeskompetanse, faktakunnskaper, forskning, metoder som det jobbes etter)

Hva tenker du er viktige personlige egenskaper som du har med deg inn i møtet med pasienter som ikke ønsker å leve?

Har du merket endringer i hvordan du møter pasienten som ikke ønsker å leve?

Det vil være oppfølgingsspørsmål gjennom hele intervjuet på:

Kan du fortelle mer om det?

Har du flere eksempler på det?

Når intervjuet skal avsluttes:

Er det noe mer du ønsker å si/fortelle?

