

Handlingskompetanse etter kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare»

– En kvantitativ studie fra ti norske kommuner

Av Anette Seierstad Skrindo og Aleksandra Sæheim

SAMMENDRAG

Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» formidles av Vivat selvmordsforebygging som er et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak. Gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse har vi sett på deltakeres selvrapporterte handlingskompetanse etter gjennomført kurs. Studien omfatter en intervensjonsgruppe (N = 146) bestående av respondenter som har deltatt på kurset og en kontrollgruppe (N = 137) som ikke har deltatt på kurset. Over 90 % av respondentene i begge grupper oppgir å ha opplevd bekymring for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv. Resultatene viser videre signifikante forskjeller knyttet til respondentenes selvrapporterte handlingskompetanse. Respondentene i intervensjonsgruppa oppgir å ha opplevd bekymring for selvmordstanker signifikant flere ganger enn respondentene i kontrollgruppa. Videre oppgir signifikant flere i intervensjonsgruppa å ha stilt direkte spørsmål om selvmordstanker, lyttet til historien om selvmordstankene og bidratt til å lage en plan for beskyttelse mot selvmord. 92 % av kursdeltakerne oppgir at de helt eller i noen grad opplever å ha den kompetansen de trenger for å kunne gi førstehjelp ved selvmordsfare mot 42 % av de som ikke har tatt kurset. Funnene fra vår studie underbygger at kurset øker hjelpernes kompetanse til å yte førstehjelp ved selvmordsfare, og at denne økte kompetansen kan påvises mer enn et år etter gjennomført kurs.

The workshop Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) is delivered by the organisation Vivat Suicide Prevention (Vivat). Vivat is one of the suicide preventive actions from the Norwegian Directorate of Health. In a quantitative survey, we looked at participants' self-reported competence after completing ASIST. The study includes an intervention group (N = 146) consisting of respondents who have attended the training, and a control group (N = 137) consisting of respondents who have not attend the training. More than 90 % of the respondents in both groups reported that they had been concerned that a person was thinking about taking their own life. The results also show significant differences related to respondents' self-reported action competence. The respondents in the intervention group states that they have been concerned about people having suicidal thoughts significantly more often than the respondents in the control group. Significantly more of the respondents in the intervention group states that they have asked about thoughts of suicide, listened to the stories about suicide and developed a safe-plan. 92 % of the intervention group states that they fully or to some extent, have the expertise they need to be able to provide suicide first aid. In comparison 42 % of the control group states the same. The findings in our study support that the training increases the helper's ability to provide suicide first aid and that this increased ability can be demonstrated more than a year after the training has been completed.



«I'M GOING TO WALK TO THE BRIDGE. If one person smiles at me on the way, I will not jump». Setningen stod skrevet i selvmordsbrevet til en ung mann som hoppet fra Golden Gate Bridge i San Fransisco på 1970-tallet (Friend, 2003). Den bærer i seg et håp om å bli sett og å leve, og uttrykker den ambivalensen som kjenner seg ut på mange som er i selvmordsfare (Shneidman, 1996; 2004).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har over flere år oppfordret land til å utarbeide nasjonale strategier og handlingsplaner mot selvmord. Det anbefales å inkludere ulike selvmordsforebyggende tiltak i planene.

Formidling av kunnskap både til helse- og sosialfaglige yrkesgrupper og andre som kan være i posisjon til å oppdage faresignaler og gi den første hjelpen til mennesker i selvmordsfare, er ett av tiltakene som anbefales (WHO, 2014). «Gatekeepertraining» er den internasjonale betegnelsen for opplæring i å oppdage faresignaler, spørre om selvmordstanker og gi videre førstehjelp ved selvmordsfare (Isaac et al., 2009). Det virker å være stor enighet i det internasjonale forskningsmiljøet om at man skal stille direkte spørsmål ved bekymring for selvmordstanker (Mathias, et al., 2012; Gould et al., 2005; Mehlum, 2014). Spørsmålet om selvmordstanker åpner muligheten for at personen som har tanker om å ta sitt eget liv kan få videre hjelp. Mann et al. (2005) konkluderer med at gatekeeperforberedelse som selvmordsforebyggende tiltak synes å ha effekt,

og tiltaket anbefales. Zalsman et al. (2016) konkluderer med at gatekeepertraining har god effekt på deltakernes holdninger, kunnskap og tro på egne ferdigheter. De etterlyser imidlertid mer forskning på effekten av slik opplæring.

I forlengelsen av den første handlingsplanen mot selvmord i Norge: «Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994 – 1998» (Statens helsetilsyn, 1995) ble det Canadiske kurset Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST som er utviklet av LivingWorks, tatt i bruk her i landet. To år etter, i år 2000, ble Vivat selvmordsforebygging opprettet som en landsdekkende organisasjon (Silvola, 2003). Vivat selvmordsforebygging har siden da hatt et kontraktsfestet samarbeid med LivingWorks om å forvalte og å formidle kurset i Norge. I Norge heter kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Vivat selvmordsforebygging er forankret i Universitetssykehuset Nord-Norge, Psykisk helse- og rusklinikk, avdeling Fagutvikling forskning og utdanning. Organisasjonen finansieres av Helsedirektoratet.

Fram til i dag har omlag 40 000 personer deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i Norge (Vivat, 2019). På verdensbasis er kurset formidlet til over 1,5 millioner deltakere (LivingWorks, 2017).

Kommuner, organisasjoner og andre som ønsker å arrangere kurset betaler en deltakeravgift til Vivat (Vivat 2019). I 2015 bevilget Helsedirektoratet midler til

kostnadsfrie kurs for 25 kommuner for å øke tilgjengeligheten til kurset og stimulere måloppnåelsen av tiltak 22 i daværende handlingsplan: «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017».

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare/ASIST

«Førstehjelp ved selvmordsfare» er et standardisert og manualbasert kurs på 15 timer som går over to påfølgende dager. Det ble utviklet i 1983 etter Rothmanns Model for Research and Development (Ramsey, 2004). Harry Triandis (1973) sin «Theory of Interpersonal behavior» ble brukt for å integrere holdningskomponenten i kurset. Kurset baserer seg på Knowles prinsipper for voksenopplæring og tar høyde for at deltakerne har viktige bidrag med inn i kurset (Knowles, 1980). Førstehjelp ved selvmordsfare har gjennomgått flere revisjoner (Ramsey og Ramsey, 2013) internasjonalt og i Norge. Siste revisjon ble avsluttet i 2014.

Førstehjelp ved selvmordsfare er en relasjonell intervensjon som handler om å kunne gjenkjenne signaler på selvmordsfare og ved bekymring spørre direkte om selvmordstanker. Videre innebærer førstehjelpen at hjelperen lytter til historien bak selvmordstankene og til mulige vendepunkt, støtter vendepunktet når det trer fram og lager en plan sammen med den selvmordsnære, for hvordan livet kan beskyttes mot selvmord her og nå. Kurset vektlegger at andre helperressurser, slik som fastlegen, bør inngå i planen (Lang, 2014; Tallaksen og Lindmark, 2015).

Kurset gjennomføres i form av forelesninger, filmer, diskusjoner og erfaringsutveksling. Kurset er prosessorientert der deltakerne arbeider mye i smågrupper (Vivat, 2019). Under kurset får deltakerne mulighet til å utforske sine egne holdninger til selvmord og sammenhengen mellom egne holdninger og utøvelsen av førstehjelp ved selvmordsfare. Kurslederne formidler kunnskap om selvmord og selvmordsatferd og viser en modell for intervensjon. Det er satt av god tid til å øve på bruk av intervensjonsmodellen gjennom forskjellige øvelser og rollespill.

Målgruppe for kurset er både de med formelle hjelperroller i samfunnet som sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere og helsesykepleiere og andre uten formelle hjelperroller som lærere, politi, brann- og redningspersonell og frivillige (LivingWorks, 2017; Vivat, 2019).

Hva vet vi om kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» som selvmordsforebyggende tiltak?

Flere internasjonale studier konkluderer med at «Førstehjelp ved selvmordsfare» bidrar til å gi helpere økt kunnskap og tro på egne ferdigheter til å intervjue ved selvmordsfare (Isaac et al., 2009; Smith et al., 2014; Silva et al., 2016). Gould et al. (2013) gjennomførte en randomisert kontrollert studie av samtaler mellom innringere og krisetelefonvakter ved 17 krisetelefontaler i USA. De fant at innringere med selvmordstanker

Videre innebærer førstehjelpen at hjelperen lytter til historien bak selvmordstankene og til mulige vendepunkt, støtter vendepunktet når det trer fram og lager en plan sammen med den selvmordsnære, for hvordan livet kan beskyttes mot selvmord her og nå.

som snakket med telefonvakter som hadde tatt kurset følte seg mindre deprimerte, mindre suicidale, mindre overveldet, og mer håpefulle etter samtalen enn innringere som hadde snakket med telefonvakter som ikke hadde kurset. Forskerne forklarte resultatene med at telefonvaktene som hadde deltatt på kurset gjorde gode førstehjelpsintervensjoner. En undersøkelse av kursdeltakernes bruk av førstehjelpskompetansen viste at deltakerne 6–9 måneder etter gjennomført kurs i større grad oppdaget ungdommer i selvmordsfare, stilte spørsmål om selvmordstanker og hjalp ungdommene videre i hjelpeapparatet (Cynthia et al., 2017).

Erfaringer fra Norge

Det er gjennomført flere kvalitative studier og evalueringer av «Førstehjelp ved selvmordsfare» i Norge. Disse studiene finner at kurset gir mot og trygghet i samtaler om selvmordstanker og selvmord og at helpere opplever seg bedre i stand til å intervjue og gi førstehjelp ved selvmordsfare etter kurset (Tallaksen, et al., 2013; Madsen og Tallaksen, 2017; Guttormsen et al. 2003; Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

Det er ikke gjennomført kvantitative studier av helperes kompetanse etter å ha gjennomført «Førstehjelp ved selvmordsfare» i Norge. Flere studier konkluderer med behov for mer forskning på om kompetansen anvendes etter gjennomført kurs, og om den varer over tid (Silva et al., 2016; Cynthia et al., 2017; Isaak et al., 2009).

På bakgrunn av dette, ønsket vi i vår studie å belyse følgende spørsmål:

- Har de som har deltatt på «Førstehjelp ved selvmordsfare» kompetanse til å fange opp faresignaler, spørre om selvmordstanker og gi videre førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?
- I hvilken grad anvender helperne førstehjelpskompetansen etter kurset?
- Er det forskjell på helpere som har deltatt på kurset sammenlignet med helpere som ikke har deltatt på kurset?

Metode

Populasjon og utvalg

Det er gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse. Kommuner som arrangerte kostnadsfrie kurs for sine

ansatte i perioden 2015–2016 og hadde ført opp deltakernes e-postadresser på påmeldingslistene, ble kontaktet med spørsmål om deltakelse i studien. Dette utgjorde 12 av 25 kommuner. Ti av kommunene ønsket å delta og ble da inkludert i studien. Utvalget er demografisk spredt på landets fem helseregioner og representerer både bykommuner og kommuner på mindre steder.

En kontaktperson i hver kommune formidlet e-postadressene til de som hadde deltatt på kurset. De formidlet også e-postadressene til ansatte i kommunen fra tilsvarende eller liknende tjenester som ikke hadde deltatt på kurset. Det ble til sammen sendt ut 500 invitasjoner per e-post den 22. mars 2017. Det ble sendt invitasjoner til 228 personer som hadde deltatt på kurset og til 272 personer fra tilsvarende eller liknende tjenester, som vi antok at ikke hadde deltatt på kurset. Respondentene som ikke svarte fikk en påminnelse etter en, to og fire uker. Svarprosenten for kursdeltakerne (intervensjonsgruppa) var 59 %. For de som vi antok at ikke hadde deltatt på kurset (kontrollgruppa), var svarprosenten 53 %. I denne gruppa var det imidlertid 11 respondenter som oppga at de hadde deltatt på kurset før 2015, og en som ikke husket når kurset ble gjennomført. Disse valgte vi å inkludere i intervensjonsgruppa.

Pilotundersøkelse

Før spørreundersøkelsen ble distribuert, ble det gjennomført en pilottest. Dette gjorde vi for å avdekke eventuelle tveitydige spørsmål og uklarheter og dermed styrke undersøkelsens reliabilitet og validitet (Johannessen et al., 2011). Fem personer med helse- og sosialfaglig utdanning besvarte spørreskjemaet. På bakgrunn av deres tilbakemeldinger foretok vi noen mindre justeringer.

Kartlagte variabler

I denne studien kartla vi bakgrunnsvariablene; kommunetilhørighet, alder, kjønn, rolle/job, om selvmords-temaet var behandlet i respondentenes utdanning, om de hadde deltatt på kurs om selvmord eller intervensjon ved selvmordsfare, om de hadde deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare og når de eventuelt deltok på dette kurset. Vi kartla kunnskap og holdninger ved å be respondentene ta stilling til syv påstander om selvmord og selvmordsatferd. For disse variablene brukte vi en sekspunkts Likert-skala med svaralternativene: enig, delvis enig, hverken enig eller uenig, delvis uenig, uenig (se tabell 1). Vi kartla respondentenes evne til å fange opp faresignaler ved å undersøke om de har opplevd bekymring for selvmordstanker og eventuelt hvor mange ganger. Videre kartla vi hva respondentene gjorde da de opplevde bekymring for selvmordstanker. Her var det oppgitt elleve forhåndsformulerte handlingsvalg og respondentene kunne krysse av for flere. De kunne også velge å krysse av for: «ingen av alternativene passer» og skrive med

frie ord hva de gjorde.

Vi kartla også om og eventuelt hvor mange ganger respondentene hadde stilt spørsmål om selvmordstanker og hva de gjorde ved bekreftede selvmordstanker. Her var det også oppgitt elleve forhåndsformulerte handlingsvalg, hvor respondentene kunne krysse av for flere. De hadde også her anledning til å skrive inn alternative handlingsvalg med frie ord. Siste variabel var ment å måle om respondentene opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å gi førstehjelp ved selvmordsfare. Her brukte vi fempunkts Likert-skala med alternativene: Ja, i noe grad, I liten grad, nei, vet ikke (figur 1).

Questback ble valgt som verktøy for distribusjon av spørreskjemaet. Datasettet ble lastet inn i statistikkprogrammet R, versjon 3.4.1, for statistisk analyse.

Analyse

Vi gjennomførte deskriptive analyser. Vi testet for signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppas og kontrollgruppas verdier for de avhengige variablene. Signifikansnivået ble satt til $>0,05$. Der spørsmålene i spørreskjemaet ga variabler med rangordnede verdier på en skala, brukte vi t-test. Vi brukte kji-kvadrattest der spørsmålet hadde to mulige svaralternativ (Bjørndal og Hofoss, 2014).

Forskningsetiske hensyn

Undersøkelsen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD. Data ble samlet inn ved et elektronisk anonymisert spørreskjema. I invitasjonen om å delta i undersøkelsen fikk respondentene informasjon om hvem som stod bak undersøkelsen, hvem som fikk invitasjon til å delta og om studiens formål. Respondentene fikk videre informasjon om at undersøkelsen var anonym, at det var frivillig å delta og om at dataene som ble samlet inn ville bli behandlet konfidensielt. Respondentene i spørreundersøkelsen kan ikke sies å tilhøre en spesielt sårbar gruppe. Selvmord er imidlertid et tema som berører mange mennesker. Derfor antok vi at det blant respondentene er personer med erfaringer knyttet til selvmord. Respondentene kunne selv velge hvilke spørsmål de ønsket å svare på og når som helst avbryte eller la være å svare. Når spørreskjemaet var sendt inn, var det imidlertid ikke mulig å kalle svarene tilbake.

Resultater

Deltakernes bakgrunn

I intervensjonsgruppa (N = 146) har alle deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, 134 av disse deltok på kurset i perioden 2015 – februar 2016. 11 respondenter oppga å ha deltatt på kurset før 2015, mens en ikke husker når kurset ble gjennomført. Kontrollgruppa (N = 137) hadde ikke deltatt på kurset.

Respondentene i intervensjonsfygruppa og kon-

Tabell 1

Svar er oppgitt i prosent.

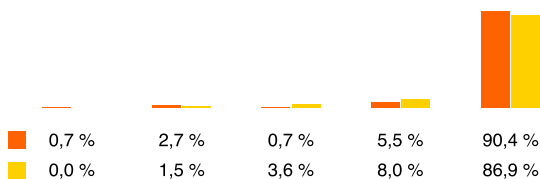
■ Kursdeltakere, N = 146

■ Kontrollgruppe, N = 137

På en skala fra enig til uenig, hvor enig er du i de følgende påstandene:

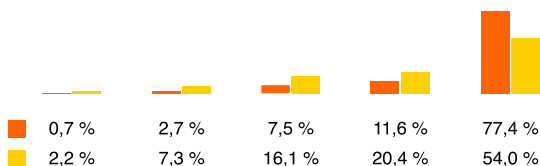
	Enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Uenig
	5	4	3	2	1

“Bare mennesker med visse kjennetegn som tilhører en risikogruppe kan få tanker om å ta sitt eget liv”



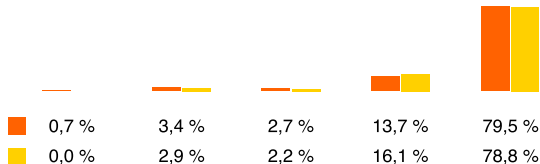
Gjennomsnitt kursdeltakere: 1,19, gjennomsnitt kontrollgruppe: 1,20, $p = 0,791$

“Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg sette vedkommende på tanken”



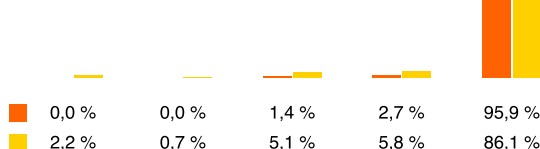
Gjennomsnitt kursdeltakere: 1,38, gjennomsnitt kontrollgruppe: 1,83, $p > 0,0001$

“De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv kan ikke hjelpes”



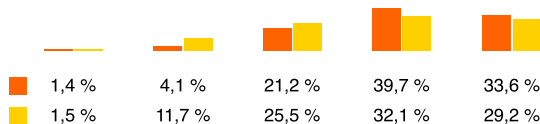
Gjennomsnitt kursdeltakere: 1,32, gjennomsnitt kontrollgruppe: 1,29, $p = 0,721$

“En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordstankene”



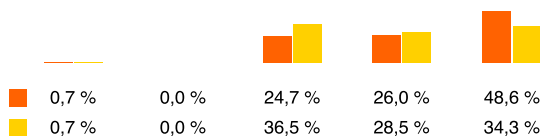
Gjennomsnitt kursdeltakere: 1,05, gjennomsnitt kontrollgruppe: 1,27, $p = 0,003$

“De fleste selvmord skjer uten forvarslar”



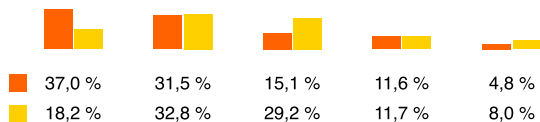
Gjennomsnitt kursdeltakere: 2,00, gjennomsnitt kontrollgruppe: 2,24, $p = 0,041$

“Mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, gjør det ikke”



Gjennomsnitt kursdeltakere: 1,78, gjennomsnitt kontrollgruppe: 2,04, $p = 0,012$

“De fleste som tenker på selvmord er usikre / ambivalente i valget om å dø eller leve”



Gjennomsnitt kursdeltakere: 3,84, gjennomsnitt kontrollgruppe: 3,42, $p = 0,002$

trollgruppa fordelte seg forholdsvis jevnt på variablene alder, kjønn og rolle/jobb. Gjennomsnittsalderen blant kursdeltakerne var 47 år, i kontrollgruppa 43 år. Blant kursdeltakerne var 80 % kvinner og 20 % menn, mens kontrollgruppa bestod av 70 % kvinner og 30 % menn. Vi fant ingen signifikante forskjeller knyttet til kjønn. Hovedvekten av respondentene i begge grupper hadde helse- og sosialfaglig bakgrunn (intervensjonsgruppa N=113, kontrollgruppa N=86), men også administrativt ansatte (intervensjonsgruppa N=6, kontrollgruppa N=14), lærere (intervensjonsgruppa N=7, kontrollgruppa N=5), politi, ungdomsarbeidere, prester, og ansatte i brann og redning (intervensjonsgruppa N=8, kontrollgruppa N=2), og andre som ikke tilhørte noen av disse gruppene (intervensjonsgruppa N=12, kontrollgruppa N=30) var representert i undersøkelsen.

71 % av kursdeltakerne oppga at de hadde fått kunnskap om selvmord og/eller intervensjon ved selvmordsfare gjennom utdanningen mot 54 % av kontrollgruppa. En analyse av variabelen «kunnskap gjennom utdanning» viste at denne variabelen i liten grad endret gruppenes fordeling på de øvrige variablene.

Kompetanse til å oppdage

Tilnærmet hele utvalget, 97 % av kursdeltakerne og 91 % av kontrollgruppa, oppga å ha opplevd bekymring for om et menneske har tanker om å ta sitt eget liv i jobbsammenheng eller privat.

På spørsmålet: «Hvor mange ganger har du opplevd bekymring for om et menneske har selvmordstanker?» oppga 54 % av kursdeltakerne å ha opplevd bekymring 6 eller flere ganger, 34 % 1 – 5 ganger og 9 % svarte «vet ikke». I kontrollgruppa oppga 37 % å ha opplevd bekymring 6 eller flere ganger, 41 % 1 – 5 ganger og 13 % svarte «vet ikke». Kursdeltakerne rapporterte altså å ha opplevd bekymring flere ganger enn de i kontrollgruppa ($p = 0,009$).

Kunnskap og holdninger

På spørsmål knyttet til kunnskap og holdninger, oppga respondentene i begge grupper at de i høy grad var uenige i påstandene: «Bare mennesker med visse kjennetegn som tilhører en risikogruppe kan få tanker om å ta sitt eget liv» og «De som har bestemt seg for å ta sitt eget liv kan ikke hjelpes».

Det ble ikke målt signifikante forskjeller mellom kursdeltakernes og kontrollgruppas gjennomsnittsverdier på disse to påstandene.

Vi fant imidlertid signifikante forskjeller mellom gruppenes gjennomsnittsverdier knyttet til kunnskap og holdninger ved fem andre påstander. 99 % av kursdeltakerne var uenig eller delvis uenig i påstanden «En bør unngå å snakke med mennesker som tenker på selvmord om selvmordsfytankene» mot 92 % av kontrollgruppa (gjennomsnittet for kursdeltakerne 1,05 og for kontrollgruppa 1,27, $p = 0,003$). 69 % av kursdeltakerne var enige eller delvis enige i påstanden «De

fleste som tenker på selvmord er usikre/ambivalente i valget om å dø eller å leve» mot 51 % i kontrollgruppa (gjennomsnittet for kursdeltakerne 3,84 og for kontrollgruppa 3,42, $p = 0,002$). 73 % av kursdeltakerne og 61 % i kontrollgruppa var uenige eller delvis uenige i at «de fleste selvmord skjer uten forvarsler» (gjennomsnittet for kursdeltakerne 2,00 og for kontrollgruppa 2,24, $p = 0,041$). 75 % av kursdeltakerne og 63 % i kontrollgruppa var uenige eller delvis uenige i at «mennesker som snakker om å ta sitt eget liv, gjør det ikke» (gjennomsnittet for kursdeltakerne 1,78 og for kontrollgruppa 2,04, $p = 0,012$). Videre var 89 % av kursdeltakerne uenige eller delvis uenige i påstanden «Dersom jeg spør en jeg er bekymret for om han eller hun tenker på å ta sitt eget liv, kan jeg komme til å sette vedkommende på tanken», mot 74 % i kontrollgruppa (gjennomsnittet for kursdeltakerne 1,38 og for kontrollgruppa 1,83, $p > 0,0001$).

Spørre om selvmordstanker

På spørsmål om hva respondentene gjorde ved bekymring for selvmordstanker fant vi at to alternativer fikk flest svar. Dette var: «Jeg undersøkte og sjekket ut signalene som hadde gjort meg bekymret. Så spurte jeg direkte om selvmordstanker», 77 % for kursdeltakerne og 58 % for kontrollgruppa ($p = 0,001$) og «Jeg spurte direkte om vedkommende hadde selvmordstanker», 64 % for kursdeltakerne og 43 % for kontrollgruppa ($p = 0,001$).

På spørsmålet «Har du noen gang stilt en person et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker/tanker om å ta sitt eget liv?», svarte 84 % av kursdeltakerne «ja» mot 67 % i kontrollgruppa ($p = 0,003$). Resultatet viser videre at kursdeltakerne oppga å ha spurt om selvmordstanker flere ganger enn respondentene i kontrollgruppa, 45 % av kursdeltakerne oppga å ha stilt spørsmålet > 7 ganger mot 59 % i kontrollgruppa. Videre oppga 45 % kursdeltakerne å ha stilt spørsmålet = 7 ganger mot 29 % i kontrollgruppa. 10 % kursdeltakerne og 13 % i kontrollgruppa krysset av for «vet ikke», ($p = 0,021$).

Hvis svaret var ja, hva da?

På spørsmålet «Hva gjorde du da du fikk vite om selvmordstankene?» var det oppgitt elleve forhåndsformulerte svaralternativ hvor respondentene kunne krysse av for flere. Det viste seg at de tre alternativene flest krysset av for i begge grupper var: «Jeg lyttet til personens historie om hva som lå til grunn for selvmordstankene. Så hjalp jeg vedkommende med å lage en plan for hvordan han/hun kunne beskytte sitt eget liv». 66 % av kursdeltakerne krysset av for denne variabelen mot 48 % i kontrollgruppa ($p = 0,003$).

47 % av kursdeltakerne og 36 % i kontrollgruppa oppga at de «sjekket ut risiko ved å spørre om vedkommende hadde tenkt på metode, hadde forsøkt å ta livet sitt tidligere, fikk hjelp for psykiske helseplager eller rusa seg mer en vanlig. Så laget vi en plan for hva

personen hadde behov for av hjelp for å beskytte livet mot selvmord», ($p = 0,064$). 53 % av kursdeltakerne og 46 % i kontrollgruppa ($p = 0,303$) svarte at «Jeg hjalp vedkommende i kontakt med lege/legevakta for en selvmords-fyriskovurdering».

Opplevelse av tilstrekkelig kompetanse

Siste variabel i spørreskjemaet var ment å måle respondentenes opplevelse av førstehjelps-kompetanse: «Opplever du at du har den kompetansen du trenger for å gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare?». 32 % av kursdeltakerne svarte «ja», mot 6 % i kontrollgruppa. 60 % av kursdeltakerne svarte «i noen grad» mot 42 % i kontrollgruppa. 4 % av kursdeltakerne svarer at de «i liten grad» opplever å ha den kompetansen de trenger mot 26 % i kontrollgruppa. Videre har 3 % av kursdeltakerne krysset av for «nei», mot 26 % i kontrollgruppa (gjennomsnittet for kursdeltakerne 4,13 og for kontrollgruppa 2,77, $p > 0,0001$).

Diskusjon

Resultatene i denne studien indikerer at deltakerne på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har bedre kunnskap om selvmord og selvmordsatferd, er mer årvåkne for faresignaler knyttet til selvmordsfare og oftere stiller direkte spørsmål om selvmordstanker, sammenlignet med kommunalt ansatte uten kurset. Når spørsmålet er stilt og selvmordstanker bekreftet fant vi at gruppene med og uten kurset oppga å handle forholdsvis likt. Signifikant flere med kurset oppga imidlertid å ha lyttet til historien bak selvmordstankene og bidratt til å lage en plan for beskyttelse mot selvmord. Hjelperne med kurset opplever i større grad å ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne gi førstehjelp ved selvmordsfare, sammenlignet med hjelperne uten kurset.

Opplevd bekymring for selvmordstanker.

At nær alle hjelperne i begge grupper hadde opplevd bekymring for selvmordstanker, gir en klar indikasjon på at kompetanse om selvmord og intervensjon ved selvmordsfare er av betydning for ansatte i kommunens førstelinjetjeneste. Kursdeltagerne oppga imidlertid å ha opplevd bekymring flere ganger enn hjelperne uten kurset.

Kursdeltagerne var mer årvåkne for faresignaler, noe som samsvarer med funn i studien til Cynthia et al (2017) hvor de fant en signifikant positiv endring i respondentenes evne til å avdekke selvmordstanker seks til ni måneder etter gjennomført kurs.

Økt årvåkenhet kan og tenkes å ha sammenheng med hjelpernes kunnskap og holdninger. En betydelig overvekt av hjelperne med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har kunnskap om at mange med selvmordstanker er ambivalente i valget om å dø eller å leve, om at mange sender ut faresignaler, og om at også

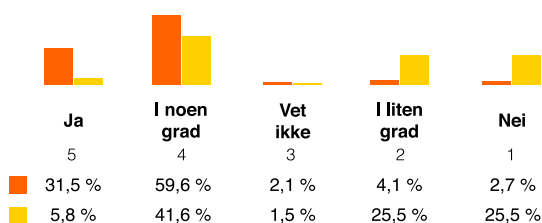
FIGUR 1

Svar er oppgitt i prosent.

■ Kursdeltakere, N = 146

■ Kontrollgruppe, N = 137

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



Gjennomsnitt kursdeltakere: 4,13, gjennomsnitt kontrollgruppe: 2,77, $p > 0,0001$

de som snakker om selvmord kan komme til å handle på tanken.

Shneidman (1996; 2004) peker i sine arbeider både på ambivalensen som kjennetegner mange i selvmordsfare og på faresignalene som ofte sendes ut i tiden før selvmords-handlingen. Shneidman fremhever den positive betydningen kunnskap om disse forholdene kan ha for hjelperes årvåkenhet og motivasjon til å gripe inn og forsøke å hjelpe.

Dette funnet kan imidlertid ha andre forklaringer som at hjelperne med kurset er mer i kontakt med personer med selvmordstanker. Gjennomsnittsalderen i denne gruppa var også noe høyere enn i gruppa uten kurset og noen flere hadde helse og sosialfaglig utdanning. Disse faktorene kan ha virket inn på resultatet.

Å spørre direkte om selvmordstanker

I det internasjonale forskningsmiljøet virker det å være bred enighet om at det beste en kan gjøre ved bekymring for selvmordstanker er å stille spørsmålet om selvmordstanker direkte til den en er bekymret for (Mathias, et al., 2012; Gould et al., 2005; Mehlum, 2014). Undersøkelsen avdekket signifikante forskjeller mellom de to gruppene for alle de tre variablene som handlet om å spørre om selvmordstanker. En betydelig overvekt av hjelperne med kurset virket å være trygge på at de ikke vil sette noen på tanken om å ta sitt eget liv ved å stille spørsmålet om selvmordstanker. Kursets teorigrunnlag og design, som integrerer holdningsbevissthet, kunnskap og ferdighetstrening, kan også medvirke til at vi i vår studie ser at hjelperne som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare rapporterer en økt handlingskompetanse knyttet til å spørre direkte om selvmordstanker. Resultatene korresponderer med funn i studien til Cynthia et. al (2017).

Kursdeltakere lytter og lager en plan for beskyttelse

De to gruppene oppga å foreta forholdsvis like handlingsvalg etter bekreftede selvmordstanker. Resultatet

tyder på at kurset i liten grad påvirker deltakernes vurdering av når det er hensiktsmessig å henvise videre til lege og legevakt for videre hjelp. En mulig forklaring på dette kan være at hjelpere generelt i stor grad er lært opp til å henvise videre når man opplever at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig. Hjelperne med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare ser imidlertid ut til å lytte og bidra til å lage en plan for beskyttelse mot selvmord i større grad enn hjelperne uten kurset. Dette kan indikere at hjelperne anvender kompetansen fra kurset i praksis. Dette samsvarer med studien til Gould et al., 2013 som konkluderte med at hjelperne med kurset gjorde gode førstehjelpintervensjoner.

Opplevd kompetanse

I denne studien rapporterte hjelperne som har deltatt på «Førstehjelp ved selvmordsfare» at de i stor grad opplever å ha den kompetansen de trenger til å kunne gi førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Dette er i samsvar med internasjonale studier som viser at hjelpere som har deltatt på kurset får styrket kunnskap, holdninger og tro på egne ferdigheter etter gjennomført kurs (Isaac et al., 2009; Smith et al., 2014; Silva et al., 2016). Dette har man også funnet i norske studier (Guttormsen et al. 2003; Tallaksen et al. 2013; Madsen og Tallaksen 2017). Opplevelsen av å ha tilstrekkelig kompetanse underbygges også av de øvrige funnene i denne studien, der hjelperne oppgir å bruke førstehjelpskompetansen i praksis.

Styrker og svakheter ved studien

Utvalget sprer seg godt på bakgrunnsvariablene og representerer førstehjelpskursets målgruppe. Studien kan derfor sies å ha et representativt utvalg. Det er videre en styrke at studien inkluderer både en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe og at spørreundersøkelsen ble gjennomført minst ett år etter at respondentene i intervensjonsgruppa hadde deltatt på kurset. Svarprosenten i undersøkelsen var 59 (n = 146) % for intervensjonsgruppa og 53 (n = 137) % for kontrollgruppa, og må anses som god (Johannessen et al., 2011).

Spørreundersøkelsen har tatt utgangspunkt i kursets elementer, tidligere evalueringer og studier, og det ble gjennomført pilotundersøkelse for å styrke undersøkelsen. Det kan likevel være en svakhet at formuleringene i spørsmålene og variablene kan korrespondere med terminologien som brukes under kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i for stor grad. En konsekvens kan være at kursdeltagerne, krysser av for verdier og svaralternativer de husker er «riktige». Atferdsvariablene skiller ikke på adferd før og etter kursdeltakelse. Førsteforfatter var med som kursleder ved ett av kursene. Vi anser at dette har liten eller ingen betydning for resultatene da undersøkelsen er gjennomført i forholdsvis lang tid etter kurset ble holdt.

Avslutning

Vår studie viser at en stor overvekt av hjelperne som har deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har holdninger og kunnskap som gjør dem i stand til å oppdage faresignaler, spørre om selvmordstanker og gi videre førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Studien viser at det er signifikante forskjeller knyttet til holdninger, kunnskap og handlingskompetanse mellom kursdeltakerne og de som ikke har deltatt på kurset. Over 90 % av de som har deltatt på kurset opplever helt eller i noen grad å ha den førstehjelpskompetansen de trenger.

Selv mord er et komplekst samfunnsproblem som må forebygges på flere områder og arenaer ved hjelp av ulike tiltak. Vår studie samsvarer med forskning som trekker frem gatekeepertraining og kurset Førstehjelp ved selvmordsfare som et selvmordsforebyggende tiltak som synes å ha effekt. Resultatene i studien underbygger således behovet for videre satsing på formidling av kompetanse til å gi førstehjelp ved selvmordsfare.

Vi vil rette en stor takk til kontaktpersonene i kommunene som gjorde det mulig å innhente dataene, og til hver og en respondent som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen.



ANETTE SEIERSTAD SKRINGDO er sosionom med videreutdanning i faglig veiledning og master i sosialt arbeid. Hun jobber som veileder og spesialkonsulent i Vivat selvmordsforebygging.



ALEKSANDRA SÆHEIM er sosionom med master i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer. Hun jobber som høgskolelektor på fakultet for sosialfag ved VID vitenskapelige høgskole.

REFERANSER

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2014). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cynthia, J. et al. (2017). Identification, Response, and Referral of Suicidal Youth Following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 297–308. doi: 10.1111/sltb.12272.

Friend, T. (2003). Jumpers: «The Fatal Grandeur of the Golden Gate Bridge», *The New Yorker*. Hentet fra <https://www.newyorker.com/magazine/2003/10/13/jumpers>.

Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. & Kleinmann, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43(6), 676–691.

- Gould, M. S., et al. (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: a Randomized Controlled Trial. *Jama*, 293(13), 1635-1643. doi: 10.1001/jama.293.13.1635.
- Guttormsen, T., Høifødt, T. S., Silvola, K. & Burkeland, O. (2003). Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 116(123), 2284-2286.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Isaac, M. et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260-268.
- Johannessen, A., Tuft P. A. & Christoffersen, L. (2011). 4. utg. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education, From Pedagogy to Andragogy*. Hentet fra: http://www.hospitalist.cumc.columbia.edu/downloads/cc4_articles/Education%20Theory/Andragogy.pdf.
- Lang, W.A., Ramsey, R. F., Tanney, B. L., Kinzel, T., Turley, B., Tayler, D. & Tierney, R. J. (2014). *ASIST Trainer Manual*. Calgary, Canada: LivingWorks Education Incorporated.
- LivingWorks (u.å). *Design and Development*. Hentet 4. oktober 2017 fra <https://www.livingworks.net/who-we-are/design-and-development/>
- Madsen, B. T. & Tallaksen, D. W. (2017). Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare». Noe mer enn et førstehjelpskurs? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 166-177.
- Mann, J., et al. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, 294. Hentet fra <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/201761>.
- Mathias, C.W. et al. (2012). What's the Harm in Asking about Suicidal Ideation? *Suicide Life Threat Behav*, 42(3), 342-351. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x.
- Mehlum, L. (Red.). (1999/2014). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Ramsey, R. (2004). *New Developments in Suicide Intervention Training*. *Suicidologi*, 9(3).
- Ramsey, H. & Ramsey, R. (2013). *LivingWorks' Legacy 30 Years*. LivingWorks Education. Inc. 10/1080/19012276.2014.921576
- Shneidman, E. (1985/2004). *Definitions of Suicide*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Silva, C., Smith, A. R., Dodd, D. R., Covington, D. W. & Joiner, T. E. (2016). Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatric Services*, 67, 1240-1245. doi 10.1176/appi.ps.201500271
- Silvola, K., Høifødt, T. S., Guttormsen, T. & Burkeland, O. (2003). Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. *Tidsskriftet Den Norsk Legeforening*, 113: 2281-2283.
- Smith, A. R., Silva, C., Covington, D. W. & Joiner, Jr. T. E. (2014). An Assessment of Suicide-Related Knowledge and Skills Among Health Professionals. *Health Psychology*, 33(2), 110-119.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Evaluering av undervisningsprogrammet VIVAT*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet (Rambøll Management).
- Statens helsetilsyn. (1995). *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Tallaksen, D. W., Bråten, K. & Tveiten, S. (2013) «...You are not particularly helpful as a helper when you are helpless.» A Qualitative Study of Public Health Nurses and Their Professional Competence Related to Suicidal Adolescents. *Vard i Norden*, 31(1) 46-50.
- Tallaksen, D. W. & Lindmark, J. (2015). Det trengs mange og handlekraftige (første)hjelpere! *Suicidologi*, 3, 28-33.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey, California: A Division of Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Vivat Selvmordsforebygging (u.å). Om Vivat. Hentet 9. mars 2019 fra <https://vivat.selvmordsforebygging.net/kursledere/bli-kursleder-i-vivat>
- World Health Organisation (2014). Hentet fra http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Zalsmann, G. et al. (2016). Suicide Prevention Strategies Revisited: 10 Year Systematic Review. *The Lancet/Psychiatry*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).