



Selvmordsintervensjoner i et kultursensitivt perspektiv  
En kvalitativ studie av profesjonelle hjelperes erfaringer med  
bruk av Vivat sin modell for førstehjelp ved selvmordsfare i  
møte med minoritetspersoner

Elisabeth Sæverås

VID vitenskapelige høyskole

Stavanger

Masteroppgave

Master i interkulturelt arbeid

Antall ord: 26 387

29. desember 2023

## FORORD

Jeg vil rette en stor takk til de som har hjulpet meg med å muliggjøre denne oppgaven.

Den største takken går til informantene, som tok seg tid til å dele av sin tid, sine erfaringer og refleksjoner. Deres engasjement og beskrivelser har vært både inspirerende og interessante.

Tusen takk til min dyktige veileder Frederique Brossard Børhaug, som har vært veldig tålmodig og hjelpsom underveis. Verken oppgaven eller min faglige utvikling hadde den vært den samme uten deg.

Jeg vil også takke kollokviegruppen, lærere og medstudenter, som alle har vært med på å gjøre disse studieårene spennende og lærerike. Takk til mine foreldre for mat og oppvarting i innsjuttperioden, og sist, men ikke minst, takk til min verdens beste Martin, som hele veien har heiet på meg og vært løsningsorientert. Du kan få tilbake kontorstolen din nå.

Oslo, desember 2023

## SAMMENDRAG

Studiens formål er å stille spørsmål ved måten selvmordsintervensjoner gjennomføres på i møte med mennesker med en annen kulturell bakgrunn- og tilhørighet enn majoritetens, og hvordan hjelpere ved hjelp av kultursensitivitet, kan tilpasse og tilrettelegge intervensjoner for minoritetspersoner. Noe av det sentrale ved prosjektet, er å se på Vivat selvmordsforebygging sin modell for selvmordsintervensjoner; en modell som i korte trekk går ut på at man som hjelper skal kunne gjenkjenne selvmordsadferd hos andre, for så å opprette kontakt med den man er bekymret for med en tydelig og direkte form for kommunikasjon. Vivat finansieres av Helsedirektoratet, og brukes til opplæring av personell nasjonalt og internasjonalt. Vivat-modellen er utarbeidet i en vestlig kontekst, og studien omhandler blant annet modellens overførbarhet og effektivitet i møte med minoritetspersoner i en norskspråklig kontekst.

Prosjektet tar sikte på å reflektere over muligheter for selvmordsforebygging blant minoritetspersoner, og hvordan helpere tar hensyn til kulturell bakgrunn til personer i selvmordsfare (verdier, språk, kommunikasjonsformer, sosiale koder, kulturellt stress m.m). Det eksisterer lite forskning knyttet til dette fra før av (Hjelmeland, 2022, s. 24). Studien er basert på kvalitativ metode med en kombinasjon av et fokusgruppe-intervju og 3 individuelle intervjuer. Syv profesjonelle fagfolk med relevant kompetanse- og arbeidserfaring ble intervjuet. Resultatet av studien viser at flesteparten opplever Vivat-modellen (og andre modeller) som både relevant(e) og overførbar(e) i møte med minoritetspersoner, men understreker viktigheten av å kunne tilpasse selvmordsintervensjoner ved hjelp av kompetanse i kultursensitivitet for å håndtere kulturelle aspekter som på ulike måter påvirker intervensjonen.

Emneord: Selvmordsintervensjoner, kultursensitivitet, kulturkompetanse, forebygging, interkulturell kommunikasjon, førstehjelp ved selvmordsfare.

## SUMMARY

The purpose of this study is to question how suicide interventions are carried out in encounters with people with a minority cultural background, and how helpers can adapt and facilitate interventions with the help of cultural sensitivity. One of the central aspects of the project is to look at Vivat's suicide prevention model for suicide interventions; a model which in short means that you as a helper should be able to recognize suicidal behavior in others and establish contact using a certain type of approach and communication. Vivat is funded by the Norwegian Directorate of Health, and is used to train personnel nationally and internationally. The Vivat model has been developed in a Western context, and this study deals mainly with the model's transferability and effectiveness in dealing with minority people in a Norwegian-speaking context. The project aims to reflect on opportunities for suicide prevention among minority people, and how helpers consider the cultural background of people at risk of suicide (values, language, forms of communication, social codes, culture-related stress, etc). There is little research on this subject at the present time (Hjelmeland, 2022, p. 24). This study is based on a qualitative method with a combination of a focus group interview and three individual interviews. Seven professionals with relevant skills and work experience were interviewed. The result of this study shows that the majority of the participants consider the Vivat model (and other such models) as both relevant and transferable when dealing with minority people. However, the participants also underline the importance of being able to adapt suicide interventions by using cultural sensitivity techniques to deal with cultural aspects that affect the intervention in different ways.

Keywords: Suicide interventions, cultural sensitivity, prevention, intercultural communication, cultural competence, first aid, suicide risk,

# INNHALDSFORTEGNELSE

## INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Relevans	2
1.3 Problemformulering	3
1.4 Avgrensninger	4
1.4.1 Aldersgruppe	4
1.4.2 Minoritetspersoner i et multidimensjonalt perspektiv	4
1.4.3 Levekår og helse blant minoritetsbefolkningen	6
1.4.4 Vivat sin modell for førstehjelp ved selvmordsfare	7
1.4.5 Vivat-sertifiserte hjelpere	8
1.5 Oppgavens disposisjon	8
1.6 Litteratursøk	9

## 2. SELVMORDSFØREBYGGING: EN FAGLIG PRESENTASJON

2.1 Noen hovedtrekk og konklusjoner fra forskning om selvmordsforebyggende intervensjoner	10
2.1.1 Et historisk blikk på selvmordsforebygging	11
2.1.2 Hva sier forskning om selvmordsintervensjoner?	12
2.2 Førstehjelp ved selvmordsfare: Vivats modell	15
2.2.1 En kort presentasjon av Vivat som organisasjon	16
2.2.2 Evaluering av Vivats modell og dens effekter	17

## 3. KULTURSENSITIVITET I PSYKISK HELSEMESSIG KONTEKST

3.1 Kultursensitivitet i forskning: Noen sentrale kjennetegn	19
3.1.1 Akkulturasjonsstress	19
3.1.2 Ulike verdiforskjeller- og systemer	20
3.2 Cecilie Javòs modell for kultursensitivitet i en helsemessig kontekst	22
3.2.1 Kultursensitivitet	22
3.2.2 Interkulturell kommunikasjon	23
3.2.3 Bruk av tolk	25
3.3 Kultursensitivitet og selvmordsforebyggende intervensjoner	27
3.3.1 Forskning på selvmordsforebygging	28
3.3.2 Kulturell sykdomsforståelse og syn på hva som er riktig hjelp	29

## 4. OPPGAVENS METODOLOGISKE OG METODISKE VALG

4.1 Oppgavens vitenskapsteoretiske forankring	31
4.1.1 En hermeneutisk tilnærming	31
4.1.2 Forskerens egen forforståelse og fortolkning	32
4.2 En kvalitativ metodisk tilnærming	33
4.2.1 Fokusgruppe og individuelt intervju	33
4.2.2 Presentasjon av intervjuguide	35
4.2.3 Utvelgelse og rekruttering av informanter	36
4.3 Feltarbeidets gjennomføring og transkriberingsarbeidet	39

4.3.1 Beskrivelse av feltarbeidet: dialogsmuligheter og begrensninger	39
4.3.2 Transkribering av data	41
4.4 Forskningsetiske betraktninger	42
4.4.1 Resultatenes gyldighet	44
4.4.2 Analyse og fortolkning	45

## **5. PRESENTASJON AV FUNN**

5.1 Bruk av ulike kommunikasjonsstiler	47
5.2 Kulturkompetanse: Å lære å møte et mangfold av holdninger og verdier	50
5.3 Relasjonens betydning for selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner	53
5.4 Selvmordsintervensjoner som individuell tilpasning	54
5.5 Informantenes erfaringer med bruk av Vivat som intervensjonsmodell	55

## **6. DRØFTING AV HOVEDFUNN**

6.1 Utfordringer i selvmordsintervensjoner og kulturelle aspekter	58
6.1.1 Kommunikasjonsstiler	58
6.1.2 Å oppdage og møte kulturelle aspekter	60
6.1.3 Kunnskap om og respekt for ulike former minoritetsstress	63
6.2 Vivat modellens styrker og svakheter i lys av teori og forskning	64
6.3 Kulturfokus i intervensjoner – kulturalisering eller kultursensitivitet?	68

## **7. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER**

7.1 Hovedfunn og konklusjoner	70
7.2 Veien videre	71

<b>Litteraturliste</b>	<b>72</b>
------------------------	-----------

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Vurdering fra SIKT

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord er en av de fremste dødsårsakene blant unge i Norden (FHI, 2022a).

Selv mordsforebyggingsarbeid har pågått lenge, og siden midten av 90-tallet har nasjonale handlingsplaner vært utarbeidet og implementert i Norge. Selvmordsraten har derimot holdt seg forholdsvis stabil, og man har ikke funnet tydelige sammenhenger mellom iverksatte tiltak og effekt (Departementene, 2020a, Hjelmeland 2022 s. 19). Mørketallene i statistikken antas å være store, og å vurdere effekten av forebyggende tiltak blir dermed også vanskelig. Likevel er det interessant å se nærmere på hvilke tiltak det satses på, og om disse tiltakene treffer og «gjenspeiler» befolkningen slik den er i dag. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) har over 25% av befolkningen i Norge i dag innvandrings- og/eller flyktningbakgrunn (2023). Andre grupper med annen landbakgrunn- og tilhørighet, men som oppholder seg i Norge (kort eller lenge), er ikke regnet med i statistikken. Utrvekslingsstudenter, ulovlige «papirløse» og turister er noen eksempler. Poenget er at det er mange med bakgrunn fra og tilhørighet til land og kulturer utenfor Norge som bor og oppholder seg i Norge, og som kan stå i fare for å ta selvmord. Det er denne gruppen oppgaven handler om, og som jeg referer til som *minoritetspersoner*. Hvordan forholder vi oss som hjelpere, når vi oppdager eller blir bekymret for selvmordsfare – i møte med minoritetspersoner? Som ansatt i helse- og sosialvesenet i Norge er man garantert å møte mennesker i selvmordsfare. Etter å ha møtt flere etterlatte gjennom kriseteam og sorggrupper, har konsekvensene og ringvirkningene selvmord kan skape gjort dypt inntrykk på meg, privat og faglig. Med disse erfaringene og refleksjonene sitter jeg igjen med mange spørsmål, og et ønske om å lære mer om selvmordsintervensjoner i et kultursensitivt perspektiv.

Vivat selvmordsforebygging er et utbredt og anerkjent selvmordsforebyggende tiltak med fokus på opplæring og kursing av fagfolk og privatpersoner, i det som kalles «førstehjelp ved selvmordsfare» (Departementene 2020a). Tiltaket skal sikre at flest mulig blir i stand til å gjenkjenne selvmordsadferd og faresignaler, og kunne yte førstehjelp på lik linje med hjerte- og lungeredning. Jeg har selv tatt kurset (to ganger), og har ved flere anledninger utført førstehjelp ved selvmordsfare, blant annet som ansatt i kriseteam og sorggruppe, men også på NAV og i barneverntjenesten. Jeg har fått se hvor effektiv og forløsende Vivat sin modell for førstehjelp kan være for de som har båret på tanker, smerter og planer om selvmord på

egenhånd i lang tid. Jeg har også opplevd utfordringer med å bruke modellen i ulike kulturelle kontekster, og jeg har snakket med kollegaer og fagfolk som deler usikkerheten rundt gjennomføringen av såkalte «selvmordsintervensjoner» på tvers av kulturer. Noen forteller at personen har reagert med å bli fornærmet, andre har ledd og byttet tema. Noen forteller om hvilken synd det er å ta sitt liv ifølge Koranen, andre har sverget på at de ikke har selvmords planer, men har så i etterkant av samtalen hatt suicidforsøk. Mange ulike faktorer påvirker livssituasjonen til de vi møter, og det er mange faktorer som påvirker gjennomføringen av selve intervensjonen. Jeg er nysgjerrig på hvordan kulturforskjeller, holdninger og språk kan påvirke hvordan vi som hjelpere gjennomfører intervensjoner. Jeg er selv født og oppvokst i Etiopia, og min oppvekst har gitt meg en unik innsikt i, og respekt for, ulike måter å leve liv og forstå ting på. Bakgrunnen min er en stor grunn til at jeg engasjerer meg i møter mellom mennesker og kulturer, og det har gjort inntrykk å få se ulike måter å håndtere følelser og situasjoner på, og å lære om ulike verdier og holdninger som ligger til grunn.

## **1.2 Relevans**

Et kjerneområde for studiet interkulturelt arbeid handler om å fremme forståelse for annerledeshet og utenforskap, og å søke å finne praktiske løsninger på slike utfordringer. I tråd med dette ønsker jeg å utforske kultursensitivitetens betydning for selvmordsintervensjoner, og hvordan hjelpere i møte med minoritetspersoner på best mulig måte kan gjennomføre kultursensitive, effektive intervensjoner. Det er viktig å få presisert at bakgrunnen for valg av tema ikke handler om at minoritetspersoner arter seg som en gruppe med høyere selvmordsrisiko enn andre grupper. Det finnes ingen studier som beviser at høyere risiko for selvmord blant minoritetspersoner, tvert imot er risikoen høyere for majoritetsbefolkningen i Norge (FHI, 2022a, RVTS 2023). Det er likevel viktig og nyttig å forske på selv-mordsintervensjoner i et kultursensitivt perspektiv, da det eksisterer lite forskning og fokus på kultur innen selvmordsforebyggingfeltet (Colucci, 2013, s.4, Hjelmeland, 2022, s. 198). Selvmordsratene fra land til land er forholdsvis stabile over tid, men veldig forskjellige fra hverandre. Når folk migrerer fra et land til et annet, følger også selvmordsraten med gruppen som migrerer, noe som gjør kultur og kultursensitivitet interessant å se nærmere på (Colucci, 2013, s. 93-94). VIVAT har siden oppstart i Norge kurset 55 000 personer, og er i dag et ledende selvmordsforebyggende tiltak som blant



annet finansieres av Helsedirektoratet. Jeg har derfor valgt å fokusere på VIVAT sin intervensjonsmodell. På bakgrunn av dette og den norske befolkningens sammensetning i dag, mener jeg studiet er relevant og viktig for å forstå mer av hvordan man på best mulig måte kan og bør gjennomføre selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner.

### **1.3 Problemformulering**

Formålet med prosjektet er å stille spørsmål ved måten man gjennomfører selvmordsintervensjoner med minoritetspersoner på, og hvordan man jobber forebyggende i møte med denne gruppen. Fokuset er på Vivat selvmordsforebygging sin modell for selvmordsintervensjoner, en modell som i korte trekk går ut på at man som hjelper skal kunne gjenkjenne og tolke selvmordsadferd hos andre, for så å opprette kontakt og tilnærme seg den man er bekymret for med en tydelig og direkte form for kommunikasjon. Studien tar sikte på å reflektere over muligheter for selvmordsforebygging blant minoritetspersoner, og hvordan hjelpere tar hensyn til kulturell bakgrunn til klienter (verdier, språk, kommunikasjonsformer, sosiale koder, kulturell stress m.m). Formuleringen av problemstillingen er som følger:

**«Hvordan kan kultursensitivitet hos Vivat-sertifiserte hjelpere bidra til å tilrettelegge selvmordsintervensjoner for minoritetspersoner i en norskspråklig kontekst?»**

For å kunne svare på dette, må to andre underforsknings spørsmål bli belyst:

1. «Hva sier forskning om selvmordsforebyggende intervensjoner, og hva karakteriserer Vivats modell for selvmordsintervensjoner?»

Jeg vil her forsøke å belyse hva forskning om selvmordsforebygging sier om det som kalles *selvmordsintervensjoner*, og hva som kan oppsummeres som det viktigste å fokusere på og ta hensyn til. En selvmordsintervensjon er en form for dialog mellom hjelper og en i antatt selvmordsfare, der bekymring for selvmord og eventuelle selvmordsplaner utforskes. Jeg vil se på både nasjonal og internasjonal forskning for å danne et grunnlag for forståelse av selvmordsforebygging, intervensjoner og deres effektivitet. For å kunne stille spørsmål ved modellen og hvordan den brukes, vil jeg forklare modellen og gjennomgå sentrale punkter ved Vivat sin teori og «instruks» for førstehjelp ved selvmordsfare.

2. «Hva kjennetegner kultursensitivitet og hvordan kan kultursensitivitet relateres i en psykisk helsemessig kontekst?»

Dette underforskningsspørsmålet omhandler kultursensitivitet som begrep, hva det betyr og innebærer, ettersom det er et sentralt begrep for hovedforsknings-spørsmålet.

## **1.4 Avgrensninger**

Her vil jeg kort presentere noen sentrale avgrensninger og begreper som benyttes i oppgaven.

### **1.4.1 Aldersgruppe**

Aldersgruppen studiet dreier seg om er i hovedsak voksne fra 18 år og oppover, og Vivat sin intervensjonsmodell er i hovedsak utarbeidet for voksne. Mye av tematikken, og sammenhengen mellom psykisk helse og kultursensitivitet, vil derimot i stor grad kunne være relevant og overførbart til arbeid med barn og unge. Selvmord, selvmordstanker og selvskadning er noe barn både har og begår, men tallene er betydelig lavere sammenliknet med voksne (Glenn m.fl., 2019, Walby et al., 2022). De grunnleggende vilkårene for barns liv og behov, blant annet rettigheter og omsorgssituasjon, er annerledes og ville krevd et annet fokus og en annen tilnærming.

### **1.4.2 Minoritetspersoner i et multidimensjonalt perspektiv**

Hvordan minoriteter omtales har mye å si, blant annet fordi vi ved å omtale minoritetsbefolkningen på en mangelfull og stigmatiserende måte, selv er med på å opprettholde stigmatiseringen. Man er også med på å påvirke hvordan minoritetene ser på seg selv, og hvorvidt de er «fullverdige» medborgere. For eksempel har man i stor grad gått bort fra å bruke *fremmedkulturell, innvandrere*, inkludert *første- og andregenerasjonsinnvandrere*, fordi man ved å beskrive mennesker på denne måten er med på å danne et inntrykk av at de ikke er «helt norske» og som «oss». Slik retorikk er farlig, og holder ulike grupper utenfor varmen og fellesskapet til majoriteten i samfunnet. Forskning viser at mange av de som er født i Norge ikke føler seg som en «innvandrere», og det blir dermed også feil å skulle omtale de som om de er det (Fandrem, 2011, s. 35-41). Å stadig minne om og definere noen ut ifra at de på et eller annet tidspunkt skal ha kommet til Norge, uavhengig av om de selv har valgt det eller ikke, er også med på å frata de muligheten og retten til å bare få være «vanlig» ungdom. Mange flyktninger, og ikke minst barn og unge,

har ikke selv fått valget om hvor de skulle flykte, eller om de i de hele tatt skulle flykte. *Flyktning* er for noen et etterlengtet og verdsatt begrep som gir en viss anerkjennelse og status, ikke minst formelle rettigheter til beskyttelse. På den andre siden kan begrepet minne om alt det vonde det å flykte innebærer, som for eksempel krig og forfølgelse, død og ulike former for savn og tap av status/karriere med mer. Slike bakgrunner og historier gjør det å bli definert ut ifra at man ikke er «hjemme», fullverdige nordmenn eller samfunnsborgere ekstra sårbart, og marginaliserer og opprettholder utenforskap. (Fandrem, 2011, s. 35-41, Varvin, 2018, s. 10-12). Å bli betegnet som minoritet vil for mange kunne oppleves som både vondt og stigmatiserende, ettersom ordet i seg selv kan skape negative assosiasjoner. Særlig om man selv ikke kjenner seg igjen i opplevelsen av å mangle tilhørighet, makt eller rettigheter. På den andre siden har man den mer kategoriske tilnærmingen til selve ordet minoritet, som konkret beskriver grupper som av ulike årsaker er i mindretall.

Med *minoritetspersoner* sikter jeg til personer som har en *minoritetsbakgrunn*. Minoritet betyr mindretall, og brukes i ulike sammenhenger for å beskrive grupper som av ulike årsaker skiller seg ut fra majoritetsbefolkningen som et mindretall (Store norske leksikon, 2023). De som har en bakgrunn preget av tilhørighet til (en) etnisk(e) minoritet(er), der alt i fra språk, levevaner, kulturelle særtrekk, verdier, ulikhet i makt og politisk innflytelse skiller seg ut fra majoritetsbefolkningen, betegnes her som minoritetspersoner. Minoritetspersoner kan være flyktninger, asylsøkere, turister, arbeidsinnvandrere, mennesker som har kommet til Norge gjennom familiegjenforening, utvekslingsstudenter, barn og barnebarn av alle de ovennevnte. Definisjonen av gruppen er vid som følge av at det finnes mange som gjennom sin familie, slekt, oppvekst, livssituasjon og historie selv vil identifisere seg som en minoritet basert på deres opplevde makt og tilhørighet til samfunnet. Mange minoritetspersoner snakker flytende norsk og har bodd i Norge hele sitt liv, andre har nylig ankommet. Det er ikke snakk om en ensartet gruppe, tilhørighet til en eller flere kulturer ser og oppleves forskjellig ut fra person til person. Likevel finnes det noen fellesnevner og faktorer som mange minoritetspersoner kan ha til felles, noe jeg vil gå dypere inn på i kapittel 3.

Det er viktig å få frem at det er oppgavens tematikk som er årsaken til at positive faktorer og ressurser blant minoritetspersoner ikke utdypes og tematiseres i særlig grad. Det handler

ikke om at de ikke finnes. Eksempelvis fører ofte flerspråklighet og det å ha vokst opp med kjennskap til ulike kulturer og livsstiler til tilpasningsdyktighet, gode sosiale ferdigheter, mindre fordommer og gode observasjonsevner (som å kunne legge merke til og forstå kroppsspråk og koder). Å snakke flere språk bidrar til ferdigheter innen problemløsning og kreativ tenkning, og det å ha en etnisk blandet vennekrets gjør at mange får kjennskap til ulike perspektiver, kulturer, matvaner og tros- og tradisjonspraksiser. Dette oppleves for mange som en berikelse og en styrke ved å være en del av et miljø og nettverk preget av mangfold (Salole, 2018).

### **1.4.3 Helse- og levekår blant minoritetsbefolkningen**

Mange minoritetspersoner møter på strukturelle problemer som kan bidra til utvikling av suicidalitet/øket risiko for å ta selvmord (RVTS, 2020). Minoritetspersoner kan som følge betegnes som en sårbar gruppe når det gjelder fare for selvmord, og jeg vil i det følgende presentere noen strukturelle utfordringer og sentrale faktorer som er med på å prege bakgrunnen og livet til mange minoritetspersoner.

Kumar & Diaz beskriver i sin bok om migranternes helse det de har valgt å beskrive som *the healthy migrant effect*, med bakgrunn i at de fleste migranter både er yngre og friskere enn majoritetsbefolkningen ved ankomst i sitt nye oppholdsland (2019). Dette henger sammen med at det gjerne er de friskeste og mest ressurssterke som velger å reise. Ifølge Folkehelse-rapporten finner man samme fenomen blant minoritetsbefolkningen i Norge (FHI, 2022). Med tiden blir derimot migranternes helseprofil likere majoritetsbefolkningen sin. De med lengst botid viser å ha dårligere helse enn majoritetsbefolkningen, noe som kan ha å gjøre med de ulike faktorene migranternes helse påvirkes av både før, under og etter migrasjonen. Denne gruppen betegnes som *the exhausted migrant* (Kumar & Diaz, 2019). Flyktninger som gruppe har høyere forekomst av psykiske plager sammenliknet med arbeidsinnvandrere og befolkningen for øvrig (Blackmore et al., 2020; Bronstein & Montgomery, 2011, s. 48-52).

Ifølge SSB sin levekårsundersøkelse fra 2017 blant personer med innvandringsbakgrunn, har gruppen generelt sett dårligere levekår enn befolkningen for øvrig når det gjelder helse, økonomi, boligstandard, sysselsetting, arbeidsforhold og sosial kontakt. Innvandrere (se SSB sin definisjon) er også mer plaget av ensomhet enn majoritetsbefolkningen (Stene-Larsen et al., 2022). Økonomi kan påvirke levestandard og sosial deltakelse, og en stor brukergruppe

av NAV sine tjenester er minoritetspersoner. Halvparten av sosialhjelpsmottakere i Norge har innvandrerbakgrunn (SSB 2022c). Levekårsundersøkelsen viser videre til at de med lavere inntekt er mer sårbare for psykiske helseplager sammen-liknet med de med høyere utdanning og inntekt. Risikoen for psykiske plager er også knyttet til faktorer som språkbarrierer, diskriminering og andre negative livshendelser. Jo høyere grad av opplevd tillit og tilhørighet til både Norge og opprinnelsesland, jo lavere risiko for psykiske plager (Abebe et al., 2014; Levecque & Van Rossem, 2015). Urettferdig behandling, diskriminering (direkte og indirekte) og dårlig helse har en dokumentert sammenheng (Stene-Larsen et al., 2022, Pascoe & Smart Richman, 2009). Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) betegner opplevelsen av stigma og diskriminering som *minoritetsstress*, som igjen kan føre til økt forekomst av psykiske lidelser blant medlemmer av minoritetsgrupper (RVTS, 2023). Å oppleve at ens etniske identitet blir angrepet eller sett ned på kan bidra til at mennesker isolerer seg, får lav selvfølelse og utvikler depresjon, særlig dersom diskrimineringen vedvarer over tid eller skjer flere ganger (Williams et al., 2019). Det kan også ha konsekvenser for den fysiske helsen, blant annet i form av kroniske smertetilstander, diabetes, hjerte- og karsykdommer, annen somatisk sykdom og funksjonsnedsettelse (Harris et al., 2006). Det er vanskelig å fastslå hvor mye diskriminering som skjer i Norge, på ulike nivåer, men eksisterende studier tilsier at det er et utbredt fenomen (FHI, 2019; Midtbøen & Lidén, 2015; WHO, 2021). Det er også viktig å presisere at selv om enkelte grupper har økt risiko for selvmordsadferd, betyr det ikke at alle medlemmer i gruppen er i risiko.

#### **1.4.4 Vivat sin modell for førstehjelp ved selvmordsfare**

Dette studiet retter seg som nevnt mot det som kalles selvmordsintervensjoner, noe det finnes flere modeller av og metoder for å gjennomføre. CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) er et eksempel på en annen modell, ofte brukt innen klinisk praksis (CAMS-Care, 2023). Jeg har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i Vivat selvmordsforebygging sin modell, ettersom den er brukt og anerkjent i både offentlig og privat sektor, og en del av regjeringens handlingsplan (2020a). Ved å knytte intervensjoner opp mot kultursensitivitet, ønsker jeg å utforske potensialet til intervensjonene. Oppgaven dreier seg ikke om forebygging på et makro- eller systemnivå, eller om ulike former for

forebygging. Fokuset er på det som skjer på mikronivå: mellom en hjelper og en med minoritetsbakgrunn som antas å være i selvmordsfare. (Fyrand, 2016).

#### **1.4.5 Vivat-sertifiserte hjelpere**

Oppgavens hoved-forsknings spørsmål tar blant annet for seg «Vivat-sertifiserte hjelpere», og deres ansvar, rolle og påvirkningskraft på intervensjoner. Med Vivat-sertifiserte hjelpere sikter jeg til fagpersonell som har gjennomført Vivat sitt kurs: *Førstehjelp ved selvmordsfare*. Kurset er i hovedsak for ansatte i helse- og sosialsektoren, undervisningssektoren, politiet, brann- og redningstjenesten, forsvaret og ulike trossamfunn (Vivat, u.å). Privatpersoner kan også ta kurset, da det ikke stilles krav til utdanning. Vivat-sertifiserte hjelpere er altså en gruppe med variert utdannings- og kompetansegrunnlag som jobber i ulike instanser stillinger. Lærere, sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, politi, helsefagarbeidere, miljøterapeuter og imamer er eksempler på personer som kan være Vivat-sertifiserte hjelpere.

#### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Masteroppgaven er inndelt i 7 kapitler. I neste kapittel, *Selvmonds-forebyggende intervensjoner: En faglig presentasjon*, redegjør jeg for det første underspørsmålet, og sentrale trekk ved kunnskapssituasjonen på området. Med utgangspunkt i Hjelmeland (2022) sine teorier, gjennomgås også kritiske blikk på tidligere forskning som grunnlag for dagens eksisterende tiltak og forståelse om selvmordsforebygging. Deretter gjennomgås Vivat sin modell, tilhørende teori og forskning, samt evalueringer av modellen. Videre følger kapittel 3, *Kultur-sensitivitet i en psykisk helsemessig kontekst*, der andre forsknings-underspørsmål besvares. Primærkilden for kapittelet er Cecilie Jåvo sin teori og modell for kultursensitivitet, med Dypedahl & Bøhn (2017) og Colucci et al. (2012) som bidragsytere. Avslutningsvis presenteres forskning som knytter kultursensitivitet og selvmordsintervensjoner sammen. Kapittel 4, *Oppgavens metodiske og metodologiske valg*, omhandler mine metodiske refleksjoner og valg. Kapittelet inneholder også beskrivelser av metodologi, datainnsamling og analyse, samt forskningsetiske betraktninger på forskningens kvalitet. I *Presentasjon av funn*, kapittel 5, presenteres studiens resultater i form av informantenes egne beskrivelser. Kapittel 6, *Drøfting av hovedfunn*, drøfter studiens sentrale funn i lys av tidligere presentert teori og forskning. Kapittel 7: *Avsluttende betraktninger* presenterer korte refleksjoner rundt hvilke konklusjoner som kan trekkes, med implikasjoner for videre forskning og praksis.

## 1.6 Litteratursøk

Litteraturen til masteroppgaven består i hovedsak av en kombinasjon av norske og internasjonale utgitte fagbøker og artikler, publisert forskning og relevante handlingsplaner. For å finne relevante kilder gjennomførte jeg kildesøk med utgangspunkt i de viktigste begrepene og emneordene for oppgaven: *selvmords-intervensjon, kultursensitivitet, selvmordsforebygging, selvmords-samtaler, interkulturell kompetanse og psykisk helse, førstehjelp ved selvmordsfare, minoritetspersoner, minoritetsbefolkning, helse- og levekår, risikofaktorer for selvmord, kulturell sykdomsforståelse* med mer. Jeg søkte jeg på norsk og engelsk, og brukte i hovedsak følgende søkemotorer: Idunn, Oria, Google og Google Scholar, katalogen til Deichmanske og VID sitt bibliotek, Academic Search Elite og African Journals Online. Til metodekapittelet brukte jeg i tillegg SAGE Research Methods Core. Litteratursøkets prosess tok utgangspunkt i spørsmål jeg ønsket å få besvart knyttet til hoved- og underforskningsspørsmålene. Jeg begynte så å søke, med et søkelys på å finne både norsk og utenlands litteratur. Jeg snakket med kollegaer og fagpersoner med kompetanse på feltet om anbefalt litteratur og hørte på podkaster relevant for tematikken.

## **2. SELVMORDSFØREBYGGENDE INTERVENSJONER: EN FAGLIG PRESENTASJON**

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå *selvmordsintervensjon* som begrep og metode.

Innledningsvis redegjøres det for forskning som sier noe om behovet for intervensjoner, og hvorfor de er bygget opp slik de er. Videre presenteres Vivat sin modell for selvmordsintervensjoner, og avslutningsvis viser jeg til evalueringer av modellen og dens effektivitet, før jeg oppsummerer hovedtrekkene fra kapittelet.

### **2.1 Hovedtrekk fra forskning om selvmordsforebyggende intervensjoner**

Selvord- og selvmordsforebygging er et felt som omfatter mange nivåer og fag, perspektiver og prosesser. Innen byplanlegging jobbes det med konkret og rent fysisk forebygging, eksempelvis ved å sikre broer og høye bygg, mens hos Statsforvalteren gjennomgås klager på behandlingsforløp og hjelpeapparatets innsats i etterkant av et selvmord, for å undersøke om det kunne vært forebygget. Media, i den grad de får skrive og publisere om suicidalitet, er også opptatt av tematikken, og gjerne hjelpeapparatets forsvarlighet (eller mangel derav). Politisk sett utarbeides og implementeres handlingsplaner, og i førstelinjen og spesialisthelsetjenesten møter hjelpere mennesker i selvmordsfare hver eneste dag. I våre egne familier og liv kjenner vi kanskje noen som har eller har hatt selvmordstanker. Tematikken omhandler det offentlige og det private, og rokker ved mange samfunnslag.

Flere millioner forsøker å ta sitt liv hvert år (LivingWorks, 2013; WHO, 2019). Den urovekkende statistikken er en av grunnene til at blant annet Living Works (moderorganisasjonen til Vivat) og andre, begynte med kursing og opplæring innen selvmordsforebygging, blant annet ved å lære bort førstehjelp ved selvmordsfare. En annen årsak er at de med selvmordstanker sjeldent oppsøker hjelp, og ofte holder sine tanker og planer om selvmord godt skjult, bevisst og/eller ubevisst. Skam, frykt, avmakt og manglende tro på at hjelp finnes, trekkes også fram som sentrale barrierer. Selvmord er en kompleks adferd, avhengig av og påvirket av faktorer som: individet selv, familie og nettverk, samfunn og kultur. Videre er selvmord vanskelig å forutse, fordi det som leder opp til at noen velger å ta sitt liv, ikke nødvendigvis gjør det for andre (Hjelmeland, 2022; LivingWorks, 2013).

#### **2.1.1 Et kritisk blikk på forskning innen selvmordsforebygging**

Fokuset innen selvmordsforebyggende arbeid og forståelsen av hva selvmord handler om,



har i stor grad vært patologisk. Tilnærmingene har vært basert på antakelser om at de som tar sitt liv er psykisk syke, og som oftest har en eller flere psykiske lidelser (Hjelmeland, 2022, s. 21). Det er «sykdommene som dreper», og ifølge forskning skal 90% av alle som tar selvmord også ha psykiske lidelser (Hjelmeland, 2022, s. 33). Behandling og henvisning til spesialisthelsetjenesten har vært en utbredt form for «forebyggende» arbeid, med utgangspunkt i en tradisjonell lineær årsaks-virkningstenkning. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF) et al., har i lang tid formidlet og presentert forskning og budskap som støtter opp under dette, og at psykisk helsevern er «det viktigste redskapet» vi har for å forebygge selvmord (Hjelmeland, 2022, s. 33). Professor i psykisk helse, Thea Hjelmeland, stiller seg kritisk til den tradisjonelle forståelsen av selvmord og forebygging (2022). Mye av forskningen innen selvmord- og forebygging har hittil vært kvantitativ, basert på kvantitative metoder og tall-studier. Hjelmeland argumenterer for at slik form for forskning forenkler feltets kompleksitet og nyanser. Videre at man i mange studier har sett bort i fra prinsippet om at «forskningsspørsmålet bestemmer forskningsmetoden», ikke motsatt. Hjelmeland hevder at man for å kunne forebygge noe, først og fremst må forstå fenomenet, dets art og form, og hva som fører til at det forekommer. God forståelse fordrer at man går i dybden, utforsker og utdyper individuelle nyanser og kontekster, og ser på sammenheng mellom fortid og nåtid. Kvantitativ metode fanger ikke opp slik form for informasjon, og produserer andre former for kunnskap (2022, s. 24).

Hvordan man reagerer i krisesituasjoner avhenger delvis av tidligere bakgrunn, erfaring og mestringsstrategier, og når det gjelder selvmord blir veldig mye blir forklart ut ifra psykiske lidelser som depresjon (Hjelmeland 2022 s. 147). Hjelmeland understreker viktigheten av å ha en helhetlig og sammensatt forståelse til hvorfor noen får selvmordstanker og velger å ta sitt liv, utover forståelsen og forskningen som i stor grad hittil har vært lagt til grunn. Colucci m.fl. presenterer i boken «Suicide and culture. Understanding the context» kvantitative og kvalitative studier om selvmord og selvmordsadferd fra ulike steder i verden, og kritiserer også den ensidige, biologiske tilnærmingen som dominerer forskningen og forståelsen av selvmord- og selvmordsforebygging. Kultur og sosiale aspekter trekkes her frem som avgjørende faktorer for forståelse av og forebygging av selvmord, og for hvordan folk lever sine liv (Hjelmeland, 2013, s. 9).

### 2.1.2 Hva sier forskning om selvmordsintervensjoner?

Å møte personer i selvmordsfare skaper ofte en viss grad av stress og angst hos hjelpere. Andre vanlige uhensiktsmessige reaksjoner hos hjelpere kan også være irritasjon og motstand, samt ulike former for unngåelsesstrategier. Til tross for at mange hjelpere har mye kompetanse og erfaring med å møte og hjelpe mennesker i vanskelige situasjoner og kriser, opplever mange å bli usikre når det kommer til selvmord og det å snakke om selvmord. Situasjonene og individene er unike, og det finnes ingen fasit. Mange hjelpere stiller seg spørsmål som: Kanskje jeg overdriver eller tillegger situasjonen noe? Kanskje kan det å spørre direkte om selvmord gi vedkommende ideer, eller gjøre at personen vil tenke mer på selvmord enn om jeg ikke spør? Slik usikkerhet er også noe de med trening og kursing innen selvmordsforebyggende samtaler opplever (Sommers-Flanagan, 2018, 33-35). Noe av dette kan sies å handle om at hjelpere er vanlige mennesker med tanker, følelser og gode og dårlige dager. Videre kan det også ha å gjøre med at man ikke har noen garanti for at selvmordsintervensjonen vil hindre vedkommende fra å ta sitt liv. Erfarne suicidologer forteller at de ikke vet hvorfor noen velger å ta selvmord, mens andre ikke gjør det – også når selvmordsintervensjoner har blitt gjennomført med begge grupper (Sommers-Flanagan, 2018, s. 36-37). Det forskning derimot sier noe om, er at økt kunnskap om hva man bør og kan gjøre i møte med mennesker i selvmordsfare, og å ha trent på å ha samtaler om selvmord dersom man blir bekymret for noen, øker sjansen for at personen i selvmordsfare blir oppdaget og får hjelp til å se og velge andre muligheter (LivingWorks, 2013; Sommers-Flanagan, 2018; Vivat, u.å). I møte med personer i selvmordsfare bør hjelperen legge vekt på å etablere en trygg relasjon, og det anbefales å spørre direkte om personen har tanker om selvmord (LivingWorks 2013; Vivat u.å). Å få etablert en tillit og et samarbeid med utgangspunkt i empati og respekt, vektlegges som viktig å ha på plass *før* man konfronterer og utforsker det som har skapt mistanke eller bekymring for selvmordsplaner (Sommers-Flanagan, 2018, s. 38). Noe av essensen ved selvmordsintervensjoner, som etterhvert har blitt et velkjent og etablert faktum, er at det å spørre konkret om en persons selvmordstanker- og planer er «det riktige å gjøre». Å som profesjonell unngå eller la være å spørre, vil bli sett på som uetisk og inkompetent (Sommers-Flanagan, 2018, s. 38-39). På grunn av at selvmord nettopp er et så skam- og tabubelagt tema, vil det å forvente at folk tar opp temaet av eget initiativ være usannsynlig. Andre ganger er ikke personer i selvmordsfare selv klar over at de sender ut signaler om at noe er galt og at de har behov for hjelp, og har

da heller ikke muligheten til å be om hjelp (Living Works, 2013; Vivat, u.å). Holdninger i samfunnet og «usanne sannheter» er også med på å opprettholde barrierer som hindrer mennesker fra å våge å snakke om selvmord og å oppsøke hjelp. For eksempel tenker mange at «mennesker med suksess ikke tar sitt eget liv», og det samme om foreldre; «man velger å leve for sine barn». Uten å jobbe med slike holdninger og eget syn på selvmord og de som vurderer om faren er reell, vil man i liten grad klare å oppdage eller hjelpe mennesker i selvmordsfare (LivingWorks, 2013).

Når et menneske vurderer selvmord, uttrykker de aller fleste en form for smerte på ulike måter, måter som noen med trening og kunnskap i større grad vil klare å fange opp og konfrontere (Living Works 2013; Vivat u.å). Å kunne noe om ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer for selvmord vil bidra til å bedre kunne se og forstå en persons unike adferd og situasjon, men er i seg selv ikke tilstrekkelig. Samarbeidet med personen som er i selvmordsfare, og å utforske hva personen selv tenker og hvordan h\*n selv forholder seg til selvmord, anses å være like viktig for å finne og tilby riktig form for hjelp og videre handling (Sommers-Flanagan, 2018, s. 37-38). For eksempel ved å stille spørsmål som omhandler hvilke situasjoner og/eller perioder som får vedkommende til å føle seg mer eller mindre suicidal, og hva det kan handle om. Det finnes som nevnt ulike måter å gjennomføre selvmordsintervensjoner på, og ulike modeller. Én modell som er utbredt i USA, er SLAP. S-L-A-P står for: specificity, lethality, availability og proximity for social support. Ved å systematisk kartlegge det SLAP står for, vil man kunne få et reelt inntrykk av om selvmordstankene kun er tanker eller konkrete planer. Modellen har likhetstrekk med Vivat sin modell for førstehjelp ved selvmordsfare, da begge inneholder deler som handler om å konkretisere og avdekke fare og risiko. Videre å avvæpne og ufarliggjøre situasjonen der og da, for så å utforske beskyttelsesfaktorer, lage en plan og sikre sosial støtte (Sommers-Flanagan, 2018, s. 36; Vivat, u.å).

Ved gjennomføring av selvmordsintervensjoner blir det trukket frem som viktig å følge den suicidale sitt tempo, og å unngå å skifte fokuset for raskt over på det som eventuelt finnes av positive faktorer og konstruktive forslag (Sommers-Flanagan, 2018; Vivat, u.å). Som hjelper vil det være fristende å si ting som «å ta selvmord er en permanent løsning på et midlertidig problem» eller «la oss fokusere på det positive», som en måte å «trøste» og «lette» på stemningen i rommet. Slike utsagn viser derimot liten vilje til å forstå den andres smerte og

opplevelse, og kan resultere i at vedkommende isolerer seg, og får «bekreftet» at situasjonen og følelsene personen er i og har, er uutholdelige og umulige å forholde seg til. En viktig del av selvmordsintervensjoner går altså ut på å følge vedkommende et stykke «inn i mørket», og å anerkjenne håpløsheten. Noen vil ved slike anerkjennelser reagere med å gå i «forsvar» mot hjelperen, for eksempel ved å påpeke at ikke alt er håpløst, eller å si, jeg har i det minste x, y og z i livet mitt. En slik reaksjon er konstruktiv, og skifter fokuset naturlig over på endringsmuligheter. Endringsmulighetene er avgjørende å få satt ord på og få utforsket sammen med personen i fare (Sommers-Flanagan, 2018, s. 37-38).

Forskning viser i så måte at selvmordsintervensjoner er viktige for å få etablert en konstruktiv dialog om det som faktisk står på spill, nemlig at vedkommende står i fare for å dø, uten at han eller hun føler seg misforstått eller at man bare ønsker å bli ferdig med samtalen. Intervensjoner skal sikre ivaretagelse på en fordomsfri og respektfull måte. Det er likevel slik vi har sett flere elementer ved slike intervensjoner som kan beskrives som kompliserte og sårbare, både fra hjelperens og personen i fare sin side. Dette er noe av grunnen til hvorfor man har utviklet egne *selvmordsintervensjoner* med konkrete «oppskrifter» og «treningskurs» (Sommers-Flanagan, 2018, s. 34; Tallaksen et al., 2015, s. 33; Vivat u,å).

### **2.1.3 Selvmordsadferd i et samfunnsperspektiv**

Selv mord ble avkriminalisert i England på 60-tallet, og i Irland på 90-tallet (Helmiksstøl, 2014). Det er fortsatt ulovlig i noen land, noe det er viktig å være bevisst over for å bedre kunne forstå menneskers holdning og adferd i forhold til selvmord. De som overlever selvmordsforsøk i land det er forbudt, risikerer fengselsstraff. Selvmord er vanligere i samfunn som lettere «aksepterer» selvmord, der holdningsbarrieren ikke er like tydelig og tabuisert. I slike samfunn er det ofte også mindre stigma og skam som rammer etterlatte på en urimelig måte. Å finne balansen på det å bygge ned tabu rundt selvmord og det å ha selvmordstanker, ved å tematisere selvmord uten å skape spredning, er det mange land som strever med (Helmiksstøl, 2014). WHO kom som følge av dette i 2008 med et eget sett med retningslinjer for medieomtale av selvmord som siden blitt oppdatert (Helmiksstøl, 2014, WHO, 2023). Religion og historie er også påvirkende faktorer for hvordan samfunn og deres innbyggere forholder seg til selvmord. I tidlig kristendom var selvmord vanlig og ansett som en snarvei til himmelen og «det hinsidige». I religioner som glorifiserer paradiset og himmelen,

vil det i større grad kunne gi mening å skulle utføre selvmord, mens det i religioner som forbyr det, vil ha motsatt effekt (Helmiksstøl 2014). Selvmord er ifølge suicidologen Edwin Schneidman ikke en rasjonell handling, ettersom godt over halvparten av overlevende av selvmordsforsøk ikke dør av selvmord senere. Flesteparten velger å leve videre. Det er et mindretall som begår flere forsøk og som dør av selvmord (Helmiksstøl, 2014). Med dette som grunnlag hevder Shneidman at man «ikke må finne på å ta livet av seg når man er suicidal». Som hjelper er en av risikofaktorene man skal kartlegge i en selvmordsintervensjon, om vedkommende har forsøkt å begå selvmord tidligere (Helmiksstøl 2014; Sommers-Flanagan 2018; Vivat u.å). Sammenhengen mellom tidligere forsøk og senere forsøk er derimot ikke større, og viser hvor komplekst det å bruke risikofaktorer som vurderingsverktøy for selvmordsfare er (Helmiksstøl, 2014).

## **2.2 Førstehjelp ved selvmordsfare: Vivats modell**

Selvmordsintervensjoner er en del av det internasjonale selvmordsforebyggings-arbeidet, og også et satsningsområde for The World Health Organization (WHO), som støtter opp under viktigheten av opplæring og ferdighetstrening av både fagfolk og befolkning (WHO 2021). I det følgende vil jeg oppsummere hovedtrekkene for Vivat sin modell for førstehjelp ved selvmordsfare (heretter kalt selvmordsintervensjon). Selvmordsintervensjonen har følgende mål:

- å oppdage mennesker som har det vanskelig og kan være i selvmordsfare
- å stille direkte spørsmål om selvmordstanker
- å hjelpe personen i selvmordsfare til å snakke om det som er vanskelig
- å arbeide med usikkerheten om å leve eller dø
- å lage og iverksette en plan med vedkommende, hvor målet er å berge liv
- å bruke hjelperessurser i samfunnet

Modellen til Vivat er basert på fire trinn: *fortell, spør, lytt og sørg for sikkerhet*. Hvor lang tid hvert trinn tar, og om man må gå frem og tilbake mellom trinn, finnes det ingen fasit på.

Modellen er ment for å være fleksibel og skal kunne tilpasses (Vivat, u.å). Første trinn går ut på å sette ord på hva man har lagt merke til som gjør en bekymret, og å gi personen man mistenker å være i selvmordsfare visshet om at man er trygg og åpen for å snakke om selvmord. Et eksempel kan være, «Det er akkurat som om du har mistet gnisten etter at du

mistet jobben din og gjorde det slutt med kjæresten. Jeg har lagt merke til at du har trukket deg tilbake sosialt og at du drikker mer. Jeg blir oppriktig redd for deg». Neste steg går ut på å stille direkte spørsmål om selvmordstanker- og/eller planer. Om selvmordstankene bekreftes, anbefales man videre å undersøke om personen også har funnet metode, tid og sted, og eventuelt også forberedt seg (eksempelvis kjøpt inn tau, skaffet medisiner). Tredje steg går ut på å lytte til vedkommendes historie, bekymringer og grunner for å ikke lenger ville leve. I steg tre presiseres viktigheten av å ikke forsøke å overbevise personen til å velge livet ved å reklamere for «gode grunner for å leve», men heller møte den andre der den er og å anerkjenne og utforske perspektivet og opplevelsene personen sitter med. Å sammen med personen undersøke om det finnes andre måter å se situasjonen på: Finnes det andre løsninger enn å ta sitt liv, og om ikke, går det an å forhandle med vedkommende om å vente med avgjørelsen, ettersom det er et irreversibelt valg? Siste steg i modellen er å *sørge for sikkerhet*. Eksempelvis kan dette gå ut på å hjelpe vedkommende med å fjerne tau/pistol, sikre at h\*n ikke skal være alene fremover og bistå med å kontakte fastlege, annet nettverk. I praksis deler man gjerne modellen inn i «tre deler» (som innebærer de fire stegene), der første del kalles «kontakt med selvmordstanker», andre del: «forståelse av valgmuligheter», og tredje del kalles «fremme livet» (Vivat, u.å).

Mange er redd for at man ved å spørre om selvmordsplaner kan bidra til å øke faren, men ifølge Living Works og flere andre skal effekten heller være motsatt og beskyttende (Living Works, 2013; Vivat, u.å). Noe av det mest sentrale ved modellen og kursene til Vivat, er budskapet om at man ikke skal være redd for å spørre om selvmordstanker og planer. Dette er en kort oppsummering av hovedelementene, nyanser og variasjoner man lærer på kurs fremkommer ikke her. I virkeligheten har slike samtaler gjerne flere vendinger der vedkommende kanskje er redd eller motvillig til å dele, og kanskje heller bruker «skjulte» og tvetydige budskap som henter til at vedkommende har en plan om selvmord. På kursene trenes det gjennom rollespill på ulike scenarioer, og hvordan man som hjelper kan møte disse. Øving på å lytte etter ulike typer utsagn som kan omhandle valg-muligheter og ting som handler om å leve videre, og hvordan man som hjelper kan bistå til å bygge opp under det og «fremme livet», trenes også på.

### **2.2.1 En kort presentasjon av Vivat som organisasjon**

Vivat selvmordsforebygging AS (heretter omtalt som Vivat) ble etablert i Norge i 1998, og er

en kursleverandør med opprinnelse fra den kanadiske organisasjonen Living Works. Living Works kan beskrives som en av verdens største selvmordsforebyggingsaktører, på bakgrunn av antall opplærte instruktører og deltakere i førstehjelp ved selvmordsfare. Vivat finansieres av Helsedirektoratet og er en del av Universitetssykehuset i Nord-Norge. De er idag en ledende aktør innen kompetanseheving om selvmordsforebygging i både offentlig og privat sektor (Departementene 2020a; Vivat, u.å). Ifølge Living Works (og Vivat) skal de til enhver tid speile beste kliniske praksis og forskning, både nasjonalt og internasjonalt (Vivat u.å; Living works, u.å). Over 60 000 har tatt kurset i Norge, og målet er at flest mulig blir kurset i å gjenkjenne selvmordsatferd, og å gi førstehjelp. Kurset som heter «Førstehjelp ved selvmordsfare» er det som omhandler selvmordsintervensjons-modellen som det i denne oppgaven refereres til. Kurset går over to dager med en opplæring som er intensiv, interaktiv og øvelsesorientert, og er en oversatt versjon av Living Works Education sitt mest utbredte kurs, "Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST). Kurset har tre fokuspunkter: kunnskap, holdninger og ferdigheter, og består av både undervisning, gruppearbeid og praksis/rollespill. Delen som omhandler holdninger går ut på å få kursdeltakerne til å reflektere rundt sine holdninger til det å skulle ta sitt liv. Å ha et avklart forhold til egne fordommer, erfaringer og meninger, er avgjørende for å bedre kunne møte personer i selvmordsfare på en ikke-dømmende måte. (Vivat, u.å).

Ved oversetting og overføring av kurset til norske forhold, språklig og kulturelt (fra den Canada), ble det stilt spørsmål ved om det var mulig å få det til og å treffe den norske tenke- og væremåten (Svanøe, 2006). Den nord-amerikanske kulturen ble blant annet beskrevet å være mer «utadvent», sammenliknet med den norske måten å være på (Svanøe, 2006). Ifølge Living Works har kurset vist seg å være svært relevant for «den vestlige verden», og det har siden oppstart i Norge blitt gjennomført flere evalueringer av blant annet Tidsskrift for Den Norske Legeforening (2003), Suicidologi (2007) og Sosial og helse-direktoratet (2007) som bekrefter dette. (Vivat, u.å).

### **2.2.2 Evaluering av Vivats modell og dens effekter**

Selv mord og å møte selvmordsdferd er knyttet til tabu, usikkerhet og frykt for å gjøre ting verre. I 2013 ble det publisert en kvalitativ studie av offentlige helsesykepleiere i Norge som bekreftet dette (Tallaksen et al., 2013). Helsesykepleiere uten kursing og trening i håndtering av selvmordsadferd, unngikk gjerne tematikken og å snakke med vedkommende om

bekymringen. Mange fortalte at de synes det var ubehagelig med selvmordsadferd, og at de ved mistanke og konfrontasjon rundt dette erfarte emosjonelt stress og frykt for hva vedkommende kom til å si og gjøre. Helsestyrepleierne rapporterte derimot etter å ha tatt Vivat sitt kurs i førstehjelp for selvmordsfare, at de i mindre grad unngikk tematikken, og kjente seg mer rustet og i stand til å igangsette og gjennomføre dialoger vedrørende selvmord, selvskading og planer om selvmord (Tallaksen et al., 2013, s. 46-49). Det har blitt gjennomført mange liknende studier i Norge og andre land siden 2013 med liknende funn. Det fremkommer i disse hvor avgjørende det er for fagfolk å få trening og opplæring i å gi førstehjelp ved selvmordsfare (Vivat selvmordsforebygging, u.å; Helsedirektoratet, 2019; Niagara Region, 2015; Madsen & Tallaksen, 2017; Kaplan, 2018).



### **3. KULTURSENSITIVITET I EN PSYKISK HELSEMESSIG KONTEKST**

I dette kapitlet vil jeg forsøke å redegjøre for kultursensitivitet som begrep og tilnærming, med et hovedteoretisk utgangspunkt i Jávo (2010), og deretter Dybedahl & Bøhn (2017). Jeg begynner med å beskrive akkulturasjonsstress, for å gi tilføre kontekst innen kultursensitivitet, og vil deretter presentere noen hovedtrekk innen verdi- og systemforskjeller. Videre gjennomgås hovedtrekk ved Jávós tilnærming for kultursensitivitet, kommunikasjonsteori (Dahl, 2015), bruk av tolk og refleksjoner rundt hjelperens rolle og makt. Avslutningsvis knyttes kultursensitivitet til selvmordsintervensjoner, og aktuell forskning presenteres. Kapitlet avsluttes med noen perspektiver på kulturell sykdomsforståelse.

#### **3.1 Kultursensitivitet i forskning: Noen sentrale kjennetegn**

Når det gjelder kultursensitivitet, pekes det ofte på at det kreves en kombinasjon av teori og praksis for å opparbeide seg en slik form for sensitivitet (Dybedahl & Bøhn 2017, s. 20-23). Videre er måten man forstår og forholder seg til begrepet kultur på, grunnleggende for videre kompetanseutvikling på feltet (Dahl 2013; Dybedahl og Bøhn, 2017; Jávo, 2010,). Jeg vil dermed begynne med å presentere noen perspektiver på begrepet kultur, for å vise hvordan ulike tilnærminger skaper ulike meninger. Deretter gjennomgås noen sentrale aspekter ved migrasjon, og tilhørende prosesser og konsekvenser.

##### **3.1.1 Akkulturasjonsstress**

Migrasjonsprosessen omfatter alt ifra bosetting i nytt land og tilpasning til ny kultur, til det man har opplevd i opprinnelseslandet og eventuelt på reisen. Noen opplever tortur, konflikter, fengsels- og/eller flyktningleiropphold, for andre er prosessen mindre dramatisk og farlig (Odden, 2019). Atskillelse fra og tap av familiemedlemmer, kan gi økt risiko for depresjon og post-traumatiske stressplager, og ved ankomst starter gjerne prosessen med å søke om oppholdstillatelse eller asyl, noe som for mange innebærer mye usikkerhet og stress (Fjeld-Solberg et al., 2020). Migrasjon er forbundet med krevende og belastende forhold og erfaringer som kan påvirke helse, spesielt den psykiske helsen (IASP, u.å, Stene-Larsen et al., 2022). Forskning viser at mange opprettholder kontakt og tilknytning til opprinnelseslandet etter emigrering i ulik grad. For noen innebærer dette å bekymre seg for om krigen eller politikken utvikler seg på en måte som kan ramme noen eller noe man har kjær, for andre handler det om å kunne planlegge retur eller bevare kultur (Guribye et al.,

2011, Stene-Larsen et al., 2022). Papirløse migranter er en særskilt sårbar gruppe som det finnes lite forskning på. Studier indikerer at nærmere 90 prosent rapporterer å ha psykiske plager (Myhrvold & Småstuen, 2017).

Kultursjokk, akkulturasjons- og tilpasningstress er alle relevante begreper for den prosessen og omveltningen det å flytte til et nytt land medbringer. Akkulturasjon omhandler møtene og tilpasningen som skjer mellom mennesker med ulik bakgrunn. Både i form av å skulle bli kjent med nytt miljø og omgivelser (språk, sosiale koder, klima m.m), men og de fysiske og følelsesmessige omveltningene, og graden av opplevd tilfredshet og trygghet i ny kontekst. Akkulturasjonsstress handler om både praktisk og psykologisk tilpasning (Dypedahl og Bøhn, 2017, s. 145-146). Studier på akkulturasjon blant det amerikanske urfolk, viste en sammenheng mellom akkulturasjonsstress og økt selvmordsrate, spesielt blant de mindre gruppene med mindre makt (Lester, 2013, s. 72-73). Dette betyr ikke nødvendigvis at akkulturasjonsstress vil føre til en økt selvmordsrate, men kan i noen tilfeller øke risikoen for det, og påvirke konteksten og de opplevde valgmulighetene til individene. Å få muligheten til å sørge og gjennomføre sorgarbeid i forbindelse med egen migrasjonshistorie og situasjon er en del av akkulturasjons- og tilpasningsprosessen. For å kunne akseptere og starte det nye livet, må man til en viss grad ha bearbeidet tidligere tap og bakgrunn.

### **3.1.2 Ulike verdiforskjeller og -systemer**

Kunnskap om kulturer og overordnede kategorier kulturer ofte kan deles inn i, trekkes frem som en viktig del av kulturkompetanse og kultursensitivitet (Dahl, 2013, Dybedahl & Dahl, 2017, Javo, 2010). Jeg vil i det følgende presentere to slike kategorier.

#### *Individualisme vs. kollektivism*

Våre verdsett styrer og påvirker våre handlinger og vår motivasjon (Dybedahl & Bøhn, 2017, s. 108). Når det gjelder kulturforskjeller og ulike verdsett, er det vanlig å skille mellom kulturer som har et sterkt individfokus (*individualisme*) versus en sterk kollektiv tenkning (*kollektivism*). Det norske samfunnet kan beskrives som individualistisk, der verdier som uavhengighet og selvrealisering kan sies å være sentrale idealer. Andre steder lever man mer ut ifra en gruppetenkning, der man først og fremst er en del av et kollektivt fellesskap. Man lærer opp til å sette pris på og handle etter det som er best for gruppen, også over egne preferanser og behov. Man har også gjerne større lojalitet og ansvarsbevissthet i forhold til

egen gruppe, og tar i større grad hensyn til hvordan egne handlinger vil gagne eller ikke gagne gruppen. Land som beskrives som «mest» individualistiske, er Storbritannia, England, USA, Canada, Australia, New Zealand og Nederland. Kollektivismen er utbredt i samfunn der man gjerne er knyttet sammen ut ifra grupper, stammer, storfamilier eller klaner, eksempelvis Sør-Korea, Indonesia, store deler av Latin-Amerika og Pakistan. Man finner også mange kollektivistiske trekk i store deler av Afrika (Dybedahl & Bøhn 2017, s. 112).

Jobber man med mennesker med en høy grad av individualisme, jobber man ut ifra en tro på at individet selv har makt og mulighet til å styre egen fremtid. I møte med mennesker med en høy grad av kollektivismen, er det mer naturlig å utforske konteksten og tilhørigheten til vedkommende, og å involvere familiens kollektive situasjon og behov inn som relevant tema. Videre også hvordan man som en del av en gruppe eller familie, opplever og utfører sin rolle som gruppelem. I individualistiske kulturer blir det gjerne sett på som en selvfølge at man som myndig skal kunne bestemme selv over livsvalg som ekteskap, utdannings- og yrkesvei, og det er vanlig å flytte ut fra familien og «etablere seg» som et selvstendig individ. I mange kollektivistiske kulturer er familie og slekt involvert i stor grad hele livet, også når det gjelder store livsvalg som partner, yrkeskarriere og bosted (Dybedahl & Bøhn, 2017, s. 110-113). Kollektivismen og individualismen er kontekstuelt og ser ulikt ut ulike steder. Kollektivismen i Korea er for eksempel ikke det samme som i en Israelsk kibbutz (Lester, 2013, s. 198-199).

#### *Autoritet og maktavstand*

Hvordan man forholder seg til autoriteter er også en måte å kjenne ulike aspekter ved en kultur på (Dybedahl & Bøhn, 2017). Hvordan maktavstanden i en kultur kan beskrives på, har eksempelvis noe å si for hvordan man forholder seg til sin sjef, fastlege og andre med en gitt status i samfunnet. Hvor stor grad av tillit man har til staten og offentlige instanser varierer også, noe det er viktig å være klar over i møte med flyktninger og andre fra land med diktaturregimer og mye korrupsjon. I «norsk kultur» kan man si at det er relativt liten maktavstand, og det er for eksempel vanlig å ha en flat struktur i bedrifter og på arbeidsplasser. Relasjonen og tonen til sjefen gjerne er mer uformell enn i andre land. For noen utenlandske arbeidstagere kan dette oppleves uvant, dersom de er vant til en høyere grad av maktavstand, med tydeligere hierarki og rolleavklaring (Dybedahl & Bøhn, 2017, s. 114-115). I familier og sosiale kontekster har man også ulike måter å forholde seg på. Der

maktavstanden er relativt liten, streber mange etter å forhandle seg frem til løsninger og beslutninger med sin gruppe, og man ønsker å bli enige. I samfunn med større maktavstand, vil tydelige instruksjoner og det å bestemme over andre uten å involvere eller å ta hensyn til enkeltes synspunkter, bli sett på som riktig og nødvendig. Et eksempel på en slik forskjell er at man i Norge oppfordres til å si ifra til sjefen når man er uenig, mens det i utlandet kan bli sett på som et forsøk på å utfordre eller undergrave leders autoritet og posisjon (Dybedahl & Bøhn, 2017, s. 116-117).

### **3.2 Cecilie Jávo's tilnærming til kultursensitivitet i en psykisk helsemessig kontekst**

Vi har nå sett nærmere på begrepet kultur og ulike måter å tilnærme og forstå det på. Vi har også sett på hva forskning sier om kultursensitivitet, mer generelt. Jeg ønsker nå å redegjøre for Jávo sin teoretiske tilnærming til begrepet kultursensitivitet, med utgangspunkt i en psykisk helsemessig kontekst.

#### **3.2.1 Kultursensitivitet**

Psykiateren og forfatteren Cecilie Jávo definerer kulturkompetanse som «evnen til «samhandle effektivt med folk fra forskjellige kulturer» (2010, s. 154). Kulturkompetanse består av flere ulike komponenter som utvikles over tid, og ifølge Jávo er arbeid og samarbeid med kollegaer og mennesker med etniske minoritetsbakgrunner viktig for å utvikle en slik kompetanse. Etniske minoriteter som henvises til hjelpeapparatet, møter vanligvis fagfolk med majoritetsbakgrunn. Dette understreker viktigheten av å ha og utvikle kultursensitivitet. Bevissthet rundt ens eget kulturelle verdensbilde og egne holdninger er grunnleggende for å i det hele tatt kunne være kultursensitiv. Videre at man selv er preget og formet av en form for kulturell bakgrunn og kontekst, bidrar til å gjøre det lettere å akseptere og å ta seg selv i å stereotypisere på en negativ måte. En vanlig stereotypi er at innvandrerfamilier tyr lettere til bruk av fysisk avstraffelse, eller flyktninger har som oftest psykiske problemer som følge av sin traumatiske bakgrunn. Slike stereotypier kan svekke muligheten for å få en mest mulig korrekt oppfattelse av situasjonen, dersom man ikke klarer å skille stereotypien ut for det den er. Stereotypier kan noen ganger være nyttige å ha med seg, men det er avgjørende å kunne tenke at de ikke gjelder for alle. For å kunne arbeide profesjonelt i en flerkulturell kontekst, må man anerkjenne dette og reflektere over hva egne holdninger og verdier har å si for oss selv. Jávo trekker paralleller til hermeneutikken gjennom hennes påstand om at det å «avsløre» og bli bevisst hvordan vi

tolker og tillegger andres handlinger mening, krever trening. Å ha en aksepterende holdning til kulturelle forskjeller er en viktig del av kultursensitivitet, og er noe man kan trene opp over tid. Kunnskap om ulike kulturelle uttrykksformer og måter å se og leve livet på, i kombinasjon med ferdigheter i å kunne arbeide tverrkulturelt er også viktige. (2010, s. 154-155).

Hvordan fagfolk omsetter kulturkompetanse i praksis er minst like viktig for kultursensitivitet, som det teoretiske- og holdningsmessige arbeidet man legger ned. Kultursensitivitet handler om å være bevisst på at forskjeller og likheter mellom kulturer eksisterer, og at dette også påvirker våre verdier, læring og atferd (2010, s. 155-156). For å kunne se, forstå og møte andres væremåte og handlinger på en god måte, er det viktig å stadig stille spørsmål ved hvordan man kom frem til noe (2010, s. 156-157). I norsk setting er hjelperollen preget av at Norge er et egalitært samfunn med liten maktavstand. Personer med minoritetsbakgrunn kan oppleve dette som uvant, med tanke på hvor lite autoritære behandlere og hjelpere er og kan fremstå sammenliknet med andre steder. Negative erfaringer, rykter og holdninger til det offentlige kan også ha mye å si for tilliten og forventningene mange har til hjelpeapparatet, og det kan være hensiktsmessig å ta opp hvilke forventninger personer sitter med, og hva de er vant til og ikke. Noen er vant til bruk av helbredere og å i større grad å tenke og forholde seg til det overnaturlige og åndelige. Kultursensitivitet er avgjørende for å i større grad kunne oppdage og forstå kulturelle faktorer som påvirker kommunikasjonen og interaksjonen, og dermed også for behandlingen (Jávo, 2010, s. 158-159.)

### **3.2.2 Interkulturell kommunikasjon**

Hvordan fagfolk møter minoritetspersoner på har mye å si for opplevd støtte og ivaretagelse, og for den faktiske helsehjelpen de mottar (Jávo, 2010, s. 50). Negative opplevelser minoritetspersoner har fra møter med ansatte i hjelpeapparatet, kan resultere i hjelpeløshet, frustrasjon og sinne, som igjen vil kunne skape tenke- og handlemåter som baserer seg på irrasjonalitet og fordommer. For å unngå dette, mener Jávo fagfolk må ha kompetanse i å forstå klienters kommunikasjonsmåter, kulturelle verdier og språk, samt kunnskap om deres situasjon og tilværelse som minoritet (2010, s. 50). Inter-kulturell kommunikasjon er en sentral del av Jávo sin modell for kultursensitivitet. Det mest avgjørende for kultursensitiv kommunikasjon, er om hjelperen har en respektfull tilnærming,

samt om hjelperen klarer å forstå når og i hvilken grad kulturelle forskjeller påvirker interaksjonen (2010, s. 160). Ved å erkjenne og ta hensyn til at misforståelser fort kan oppstå, vil man i større grad kunne fange de opp når de skjer, for så å korrigere eller få avklart et budskap. I møte med pasienter som har en annen tro på skjebnen og at mennesket i liten grad har mulighet til å påvirke egen framtid, vil det være viktig å tematisere og ta hensyn til dette. Spørsmål som for eksempel «Hvor ser du for deg at du er om et år?» vil da kunne oppleves som meningsløse og irrelevante. Hva som er tabu og ikke varierer ofte fra kultur til kultur, det samme gjelder psykisk helse. Seksualitet, overgrep, vold og selvmord er eksempler på temaer som mange steder blir beskrevet og behandlet som tabuer. Å skulle prate om tabubelagte temaer med fremmede utenfor familien, vil for de fleste være uvant. Jávo bruker i slike tilfeller metakommunikasjon som en måte å gå frem på. Eksempelvis kan man spørre: «er det greit jeg spør om – (temaet)?», eller alternativt kan man også spørre indirekte «sett at jeg spurte deg om – (temaet), hva ville du tenkt om det?». Ved å gjøre dette får pasienten kontrollen tilbake, samtidig som det tabubelagte temaet blir tilgjengeliggjort for samtale, om pasienten ønsker det (Jávo, 2010, s. 161-162). Jávo vektlegger også engasjementet til behandleren/hjelperen, og evnen til å kunne leve seg inn i det følelsesmessige hos den andre. Empati er et viktig og universelt «verktøy» i alle former for behandling, og empati er også en helt sentral del av kultursensitivitet (2010, s. 160).

Jávo oppfordrer behandlere og andre innen helse- og sosialsektoren til å våge å være mer personlige i møte med sine pasienter. Både for å lettere kunne skape trygge relasjoner, men også fordi man gjennom erfaringsdeling kan bidra til å ufarliggjøre ulike temaer og dempe pasientens usikkerhet rundt hva som forventes i en norsk kontekst. Tydelighet rundt hensikten med samtalen, og å være så konkret og praktisk som mulig i formidlingen av budskap er også viktig i kultursensitiv kommunikasjon, og for å skape et godt samarbeid (2010, s. 160-161). Å legge til rette for en god dialog, krever tid og relasjonsbygging. Mange med psykiske helseutfordringer vil kunne frykte at de ikke blir forstått, eller at hjelpepersonell ikke er interessert i dem. Slike fordommer kan fungere som barrierer i dialogen, og ved å adressere og utforske de sammen med den det gjelder, vil man i større grad kunne overvinne og jobbe med de (2010, s. 161). Jeg vil i det følgende kort presentere noen hovedtrekk ved kommunikasjonsteori som supplement til Jávo.

### **3.2.3 Kommunikasjonsteori**

Selvmondsintervensjoner er en spesiell form for samtale, der man gjennom kommunikasjon og samhandling vil forsøke å oppnå kontakt med en i mulig selvmordsfare. Målet er å både skaffe informasjon, redusere usikkerhet og frykt knyttet til samtaleemnet, og optimalt sett få den andre til å se flere muligheter enn ved starten av samtalen. Kommunikasjon er med andre ord et vesentlig tema når det gjelder selvmordsintervensjoner, og på mange måter det eneste «verktøyet» man har der og da. Selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner fordrer at kommunikasjonen ofte vil foregå på tvers av kulturer, språk og måter å uttrykke seg på, og ulike måter å gi og ta imot hjelp på.

I kommunikasjonsteori snakker man gjerne om intendert mening hos avsenderen av et budskap, og mottatt mening hos mottakeren av budskapet (Dahl 2015, s. 91). Det finnes ingen garanti for at den avsendte meldingen er den meldingen mottakeren mottar. Partenes kulturelle referanserammer er med på å prege hvordan budskapet tas imot og tillegges mening, og alt av budskap og handling må gjennom våre «kulturfiltere» (Dahl, 2015, s. 91). Å være bevisst hvilke kulturelle referanserammer man har og tar i bruk til enhver tid er omtrent umulig, og det er heller ikke lett for andre å oppdage og å ta med i betraktning som en del av sitt «kulturfilter». Kontekst, roller og følelsesmessige reaksjoner har mye å si for hvordan vi sender og tar imot budskap, og ikke minst hvordan vi forstår de. Som profesjonelle hjelpere er det i ulike kommunikasjons-situasjoner viktig å kunne mobilisere ulike kulturelementer, etter hvem det er vi ønsker å oppnå kontakt med. Eksempler på dette kan være graden av direktehet eller indirekthet, emosjonalitet, bruk av metaforer, med mer (Dahl 2015, s. 88). Konteksten samtalen foregår i påvirker også kommunikasjonen. En samtale mellom to søsken som har vokst opp sammen, vil kunne beskrives som en form for høykontekst-kommunikasjon. Søskene kjenner hverandre godt, og har mye til felles av bakgrunn og opplevelser. Det vil ikke være nødvendig å forklare like mye, eksempelvis kan man si et ord, og så skjønner den andre hva man prøver å si. I lavkontekst-kommunikasjon er det motsatt, og man har ikke samme forståelsesgrunnlag. Det meste vil altså være nødvendig å forklare og fortelle eksplisitt for den andre, og det er vanskelig å ta for gitt at vedkommende vet eller forstår noe (Dahl, 2015, s. 97-98).

### **3.2.4 Hjelperens rolle og makt**

En rekke norske studier viser at personer med innvandrerbakgrunn opplever barrierer i

tilgangen til helsetjenester (Javò, 2010). Informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenestene er organisert er sjelden tilgjengelig på andre språk enn norsk og engelsk, og fører til manglende kunnskap om tjenester og rettigheter. Kunnskap om dette er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg av det som finnes av tilbud og hjelp (Straiton & Myhre, 2017b). Helsepersonell kan på sin side mangle kunnskap og kompetanse om vanlige livs- og helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn, og ta utgangspunkt i majoritetsbefolkningens helseprofil (Diaz & Kumar, 2018). Å sikre likeverdige tjenester for alle er et viktig mål som også gjelder minoritetspersoner. Ifølge Javo er det å kunne møte klienter ulikt, en viktig forutsetning for å sikre likeverdige tjenester (2010, s. 193). Dette handler om alt i fra måten man kartlegger og innhenter informasjon på, til hva man spør om og vektlegger, til hvordan man samarbeider og tilpasser behandling og oppfølging til den enkeltes behov og situasjon (2010, s. 193-194, 199). Opplevd diskriminering og rasisme fra helsepersonell, og følelsen av at symptomer ikke blir tatt på alvor på grunn av at man har en innvandrerbakgrunn kan gjøre tjenester mindre attraktive (Mbanya et al., 2019; Arora et al., 2019). Helsekompetanse og ulike oppfatninger om helse, tegn på sykdom og når man bør oppsøke lege, kan ha betydning for diagnostisering og behandling, også når det gjelder psykisk helse (Harris et al., 2020). Stigma knyttet til psykiske helseplager er for mange et stort hinder for å søke hjelp, og noen foretrekker som følge å heller oppsøke andre tilbud som religiøse ledere, tjenester i opprinnelsesland eller uformell støtte fra venner og familie (Czapka, 2010, Næss, 2019, Straiton, et al., 2017c, Straiton et al., 2018, Markova et al., 2020 – alfabetisk rekkefølge!).

Jávo er opptatt av helperens rolle i relasjonen og dialogen. Kultursensitivitet handler ikke bare om å være bevisst og opptatt av den andre, men å være minst like bevisst en selv og det man har med seg inn i møtet. Videre hvordan man snakker og gir den andre rom til å komme med sitt (2010). Etnosentrisme og kulturel relativisme som holdninger i møte med minoritetspersoner og ulike kulturer, er i denne sammenheng verdt å nevne. En helper med en etnosentrisk tilnærming til minoritetspersoner, vil ta utgangspunkt i egen kultur og eget ståsted, for å forstå den andre. I etnosentrismen går man ut ifra at det er kulturen en selv har som «gjelder», og at man kan hjelpe andre best mulig ved å få de til å gjøre det som er riktig i egen kultur/kontekst. I USA har studier avdekket at vestlige tilnæringsmetoder ofte har dårligere effekt på minoriteter med et tydelig kollektivistisk verdigrunnlag (Jávo 2010, s.



202). Som følge av dette har det blant annet blitt anbefalt å i større grad ta i bruk mer familie- og nettverksorienterte behandlingsmetoder (2010, s. 202). Kulturrelativisme som holdning, går ut på at det ikke finnes noen kulturell «fasit» som overgår andre kulturer. Handlinger og meninger må forstås ut ifra vedkommendes aktuelle kulturelle kontekst, ikke hjelperens (2010, s. 50-51).

Balansen mellom å ha fokus på kulturelle likheter og forskjeller er viktig, men også krevende å jobbe med. På den ene siden skaper fokus på likheter (eksempelvis allmennmenneskelige følelser og behov) en opplevelse av å kjenne seg trygg og inkludert i et fellesskap. Ulikheter har på sin måte et viktig dynamisk endringsaspekt som man ikke kan unngå som hjelper, blant annet fordi man ved å tematisere ulikheter, rører ved noe av det som kan være er essensielt eller krevende for situasjon vedkommende er i. Ved å aktivt anerkjenne og forholde seg til ulikheter, vil man kunne gå inn i krysningsfeltet og spennet av ulike verdsett og valg, behandlingstradisjoner, hjelp og muligheter, som vedkommende selv befinner seg i og må ta stilling til. Å utforske begge deler sammen med klienter er essensielt for å kunne skape ny mening og en ny vei videre. Et mål bør være å oppnå at begge parter kan få uttrykke sin kulturelle egenart, samtidig som begge får ta del i den andres opplevelse av virkelighet, og hva som gir mest mening for veien videre (Jávo, 2010, s. 53).

### **3.3 Kultursensitivitet og selvmordsintervensjoner**

Det finnes etter hvert en god del forskning om selvmordsforebygging og kultursensitivitet isolert sett, men lite rundt sammenhengen (Colucci, 2013). Jeg vil i det følgende presentere eksisterende og relevant forskning for sammenhengen mellom kultursensitivitet og selvmordsintervensjoner.

Flere etniske minoriteter i Norge kommer fra land der selvmord er sterkt fordømt og tabuisert, og også ulovlig. Mange kan bekymre seg for å ville dele sine tanker, i frykt for å bli møtt med fordømmelse og kollektiv skam. Om man i tillegg kanskje har ankommet et nytt land, og har reduserte muligheter til å formidle tanker og følelser på eget emosjonelt språk, vil den psykiske belastningen kunne øke. Å sikre at minoritetspersoner får muligheten til å uttrykke og formidle sine selvmordstanker ut ifra sin bakgrunn, kommunikasjonsstil og kulturelle referanserammer vil være avgjørende for å kunne gjennomføre trygge, gode selvmordsintervensjoner. RVTS ser en økning i antall henvendelser fra skoler og andre, som

ber om kompetanseheving innen selvmordsforebygging og risikokartlegging av elever med etnisk minoritetsbakgrunn (RVTS, u.å).

### **3.3.1 Forskning på kultursensitivitet og selvmordsforebygging**

Fagfolk har pekt på behovet for å forske mer på de kulturelle aspektene ved selvmordsadferd, og behovet for å tilpasse selvmordsforebyggende intervensjoner og «standardmodeller» til de lokale, kulturelle kontekstene de skal anvendes i (Colucci m.fl., 2013). De kan ikke bli kopiert og anvendt uten videre i andre land og kontekster. Hjelmeland hevder at modeller for selvmordsintervensjoner ikke bør tilpasses en lokal kontekst, men heller bli utviklet på nytt fra bunnen av i den aktuelle kulturelle konteksten modellen er ment for. Å ta utgangspunkt i noe som er ment for en annen kulturell kontekst, vil i seg selv være et feilaktig og vanskelig grunnlag å bygge videre på (Hjelmeland 2013:35).

I diskursen om kulturens betydning for suicidalitet hevder noen at det ikke er mulig å velge å ta sitt liv, uten å direkte eller indirekte referere til de normative standardene og holdningene som gjelder i det kulturelle fellesskapet vedkommende er en del av (Bolt gjengitt av Colucci, 2013). En kvalitativ studie fra Danmark viste at det å bruke skyldfølelse som en disiplinær metode for å håndtere og kontrollere aggresjon, var utbredt blant danske mødre på 60-tallet. Dette resulterte i sterke avhengighetsbehov hos mange sønner, som igjen førte til at de som voksne opplevde vanskeligheter med håndtering av separasjon og tap. Mange hadde selvmordstanker, og flere av de som tok sitt liv hadde «gjenforeningsfantasier», med et mål om å kunne treffe sine kjære igjen (Lester, 2013, s. 65). I Sverige fant Lester en annen trend der fokuset i oppdragelse blant mange svenske foreldre, var forventninger til og press rundt prestasjoner og suksess. Karriere og å oppnå suksess ble dermed et viktig mål for mange, og man så en trend på at selvmord forekom etter tap av arbeid eller en eller annen form for mislykkethet (Lester, 2013, s. 51). For å kunne forebygge selvmord, må man forstå hva suicidalitet og selvmordsadferd betyr for mennesker i deres spesifikke sosiokulturelle kontekst (Hjelmeland, 2013, s. 7-9).

Samfunnsfag har kortere levetid, mindre påvirkningskraft og anerkjennelse, sammenliknet med naturfag og vitenskap som tradisjon (Hjelmeland 2022). Dette er en av grunnene til at kulturforståelse og kultursensitivitet ikke har fått like stor oppmerksomhet og «plass» i vitenskapen hittil (Hjelmeland, 2013 & 2022). Å forstå selvmord som en ren biologisk tilstand

man kan kurere ved bruk av medisin, vil være en form for reduksjon av menneskets kompleksitet. Suicidalitet er en avansert og unik form for adferd som avhenger av mange ulike faktorer. Man finner tydelige variasjoner på tvers av og innad i både kulturer og sosiale grupper når det kommer til hva som gjør at noen velger å ta sitt liv (Hjelmeland, 2013 s. 4). Lester fant store variasjoner i selvmordsadferd i en studie på befolkningen i Midtøsten. Selvmordsraten og bruk av metode i Kina, Taiwan, Hong Kong og Singapore varierte også i stor grad. Når det gjaldt kjønn og alder, fant han derimot mange likhetstrekk. For å unngå å trekke konklusjoner basert på rasemessige og etniske stereotyper, er det viktig å ikke ha et ensidig fokus på kulturelle forskjeller. Kulturelle forskjeller som skiller seg ut fra den ikke-vestlige befolkning blir ofte evaluert og fremstilt i en mer negativ forstand sammenliknet med vestlig kultur, noe som også er verdt å være klar over (Colucci, 2013, s. 41).

### **3.3.2 Kulturell sykdomsforståelse og syn på hva som er riktig hjelp**

Som nevnt i kapittel 2 finnes det en såkalt sannhet i store deler av Vesten om at 90% av alle de som tar sitt liv, også har en psykisk lidelse, der den psykiske lidelsen antas å være hovedårsaken til selvmordet (Hjelmeland, 2013, 2022, s. 21). Denne såkalte sannheten finner man ikke på samme måte utenfor vesten, og sier noe om hvor sterk sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvmord blir sett på i blant annet Norge, Europa og Nord-Amerika (Hjelmeland 2013, s. 21). Det finnes ingen klare beviser på sammenhengen mellom diagnoser og selvmord, og som motargument påpeker Hjelmeland at over 95% av de som har depresjon, ikke tar sitt liv (2013, s. 8). Selvmord handler ifølge Hjelmeland om mye mer enn psykiske lidelser, og må tilnærmes helhetlig der andre faktorer som både økonomi, nettverk, livshistorie og kultur er like relevante. Selvmord har ulik mening i ulike kulturer, og kultur er med på å påvirke frekvensen av, meningen bak og hvordan selvmord utføres (2013, s. 32).

Hvordan en klient velger å beskrive sin tilstand og situasjon, er gjerne påvirket av kulturell bakgrunn, og i hvilken grad vedkommende har en vestlig tilnærming og tenkning rundt sykdom og behandling (Varvin 2015, s. 146). Ansatte i helse- og sosialvesenet i Norge benytte seg i stor grad av standardiserte diagnosesystemer og forståelsen av helse som legges til grunn i norsk helsevesen. Forståelsen og anerkjennelsen av mental helse er ikke like anerkjent overalt, og for noen vil det å bli henvist til psykolog kunne oppleves som å bli stemplet som «sinnsyk», ettersom sykdommen ikke er kroppslig (Varvin, 2015, s. 158-162).

Colucci gjennomførte en kombinert kvantitativ og kvalitativ studie blant universitetsstudenter i Italia, Australia og India, der en del av studien omhandlet hva deltakerne mente var viktige forebyggingsstrategier. Mange indiske studenter trakk frem eliminasjon av sosiale problemer, noe de italienske og australske studentene ikke vektla i samme grad. På spørsmål om rollen til familie og venner, svarte deltakere fra alle tre land at familie og venner har en viktig rolle og funksjon. De indiske deltakerne var i særlig grad opptatt av familiens og venners preventive rolle, ved å kunne tilby emosjonell, moralsk og praktisk støtte til den med selvmordstanker. Blant de australske deltakerne var flere opptatt av viktigheten av kommunikasjon, samt å få personen som har selvmordstanker til å prate (2013, s.154-158). Italienske og australske oppga det som aktuelt å be om profesjonell hjelp, blant de indiske deltakerne var dette minst sannsynlig å gjøre. Indiske studenter ville foretrukket å snakke med familie eller direkte til Gud (Colucci 2013, s. 136-139).

## **4. OPPGAVENS METODOLOGISKE OG METODISKE VALG**

Kapittelet omhandler prosjektets forskningsprosess, valg som er tatt underveis og den metodiske tilnærmingen som er lagt til grunn for å besvare forskningsspørsmålet. Metoden i en forskningssammenheng beskriver hva en forsker gjør for å finne svar på spørsmålet som skal besvares.

### **4.1 Oppgavens vitenskapsteoretiske forankring**

Forskerens vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva forskeren søker informasjon om, og danner utgangspunktet for for forståelsen forskeren utvikler (Thagaard, 2018, s. 184-185). For å belyse forskningsspørsmålet i denne oppgaven ble det brukt en hermeneutisk tilnærming.

#### **4.1.1 En hermeneutisk tilnærming**

Hermeneutikken er en tilnærming som går ut på å utforske et dypere meningsinnhold i menneskers handlinger enn det vi tilsynelatende kan se og oppfatte der og da (Thagaard, 2013). «Innsiden av en opplevelse kan bare observeres av den som har opplevelsen» (Malnes, 2008, s. 116). Hermeneutikken stiller spørsmål ved vilkårene for hva som er «sant» og for hvordan vi forstår det som skjer rundt oss og i møte med andre. Schleiermacher (1768-1834) var den første som formlerte og grunnla prinsippene for hermeneutikken, da med et mål om å i større grad kunne unngå misforståelser, og å skille mellom sanne og usanne tolkninger (Thornquist, 2018, s. 168, 172-173). Schleiermacher var også opptatt av at all forståelse har en form for sirkularitet i seg; «vi kan gripe deler av en tekst ut fra helheten, men vi kan bare forstå helheten ut fra delene» (2018, s. 173). Delene og helheten henger sammen, og vi som tolkende vesener må se og forholde oss til begge deler. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er et sentralt navn innen nyere tids hermeneutikk, og ifølge Gadamer har vi alltid med oss vår historie og våre for-dommer i alt vi gjør. Forståelse er aldri umiddelbar eller uten forutsetninger, forståelse er alltid betinget av en rekke forhold som aldri kan redegjøres for fullt ut. Man må strebe etter å se og sette egne fordommer på spill, for så å gå i dialog med andre som gjerne tenker annerledes (2018, s. 199). Det handler altså ikke bare om det eller den som skal forstås, men like mye om den som skal forstå og dens fortolkning og for-dommer. I denne studien er fokuset på å tolke fagpersoners forståelse av kultursensitivitet i møte med minoritetspersoner som er i selvmordsfare. I en hermeneutisk tilnærming vil fenomener kunne tolkes på flere nivåer, og det tas utgangspunkt i at all

forståelse bygger på en form for forforståelse (Thornquist, 2018). Det er viktig å tydeliggjøre forskerens egen forforståelse for leseren, og nedenfor vil derfor forskerens egen forforståelse og fortolkning redegjøres for (Maxwell, 2009).

#### **4.1.2 Forskerens egen forforståelse og fortolkning**

Som privatperson og sosionom har jeg til enhver tid med meg mine verdier, min kunnskap og erfarings- og forståelsesgrunnlag (Askeland, 2006, s. 129-130). Som forsker er *refleksivitet*, evnen til å kunne se seg selv utenfra som et subjekt, og som en gjensidig på-virker på situasjonen og resultatet av det som analyseres, avgjørende (Maxwell, 2009, s. 243). Både med tanke på hvordan det kan påvirke forskningen, men også fordi man er formelt og etisk forpliktet etter *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora* (NESH) sine retningslinjer, til å utvikle forskningsetisk skjønn og refleksjon, avklare etiske dilemmaer, fremme ansvarlig forskning og forebygge uredelighet (2021). En del av dette omhandler bevissthet rundt egen forforståelse, for å i større grad kan unngå *bias*. Bias referer til hvordan forskning kan påvirkes av forskerens forforståelse, og de teoriene og verdiene forskeren har med seg. Om man har et bevisst og reflekterende forhold til dette og hvordan det kan påvirke gjennomføringen og resultatene av en undersøkelse, er det ikke nødvendigvis negativt å ha. Historisk sett ønsket man i all hovedsak å eliminere alle former for «subjektivitet» og forforståelse, men også det kan utgjøre et viktig grunnlag for å oppnå økt innsikt, så lenge den kritiske refleksjonen er til stede (2009, s. 243-245).

Gjennom egne erfaringer og utdanning har jeg bevisst og ubevisst forforståelse når det gjelder kultursensitivitet og selvmordsintervensjoner, og hvordan vi som hjelpere i en norskspråklig kontekst oppfører oss i møte med minoritetspersoner. Min forforståelse i forkant av intervjuene gikk blant annet ut på at Vivats modell for selvmordsintervensjon ikke er anvendelig på alle slik den læres bort, og at den fungerer best i møte med mennesker fra vestlige, mer individualistiske kulturer, der blant annet direkte kommunikasjon gjerne blir verdsatt. Videre at helse- og sosialsektoren ikke er fleksible eller tilpasningsdyktige nok i møte med minoritetspersoner, og dermed heller ikke oppnår samme «effekt», allianse eller forståelse som man ofte streber etter i møte med majoritetsbefolkningen.

## **4.2 En kvalitativ metodisk tilnærming til selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner**

Man kan i en forskningssammenheng beskrive metode som det verktøyet som benyttes for å løse problemer og produsere ny kunnskap på en vitenskapelig måte (Furuset & Everett, 2020, s. 137). Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode i samfunnsvitenskapelig metodelitteratur. Kvantitativ metode brukes når man skal se på mange enheter og statistiske sammenhenger, og man innhenter data i form av *talldata* (Thornquist 2018, s. 236).

Kvantitative data gir kunnskap preget av bredde og oversikt, mens kvalitative data i større grad gir dybdekunnskap og en mer helhetlig forståelse av få enheter (Andersen & Skrede, 2023). Når målet er å få fram ulike aspekter av menneskelig erfaring og opplevelse er kvalitative intervjuer en vanlig måte å innhente data på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44).

Ulike forskningsspørsmål krever ulike data og metoder for å bli besvart (Andersen & skrede, 2023, s. 9).

Jeg valgte også kvalitativ metode på bakgrunn av at det i hovedsak har vært gjennomført kvantitative studier innen selvmordsforebygging, og da særlig innen risikofaktorforskning. Fagfeltet har vært dominert av en ensidig, kvantitativ forskning som gir et mangelfullt bilde på fenomenet og forebyggingsarbeidet. Det er et stort behov for mer kvalitativ forskning for å i større grad kunne forstå og gå i dybden på selvmords kompleksitet, blant annet i form av historien til vedkommende, nyanser og ambivalens (Hjelmeland 2022, s. 24-26). Colucci et al. påpeker det samme, og etterspør blant annet kvalitativ forskning rundt hva slags *mening* selvmord representerer og har i ulike kulturer, ettersom man i dag i stor grad kategoriserer selvmord- og selvmordadferd utifra «vestlig» forståelse og «vestlige» kategorier som ikke nødvendigvis stemmer overens i andre kontekster (2013, s. 30-31).

### **4.2.1 Fokusgruppe og individuelt intervju**

Jeg har i denne studien valgt en kvalitativ forskningstilnærming, med kvalitative intervjuer som metode. Grunnen til dette er at målet med forskningen handlet om å utvikle en dypere forståelse for hva kultursensitivitet hos de som skal gjennomføre intervensjoner i møte med minoritetspersoner, har å si for gjennomføringen og dens effekt. For å oppnå det, var det ønskelig å få et større innblikk i fagfolk med erfaring sine refleksjoner og erfaringer.

Et **fokusgruppe**-intervju er en form for kvalitativt intervju, bestående av en gruppe deltakere. Dataene blir produsert gjennom gruppens interaksjon og dialog rundt et emne som forskeren har bestemt, og er altså en kombinasjon av gruppens egne interaksjoner og forskerens bestemte emnefokus. Fokusgrupper skiller seg fra gruppeintervju ved at forskeren er mindre aktiv, og det legges i større grad opp til at gruppedeltakerne selv holder samtalen. Forskeren legger til rette for en samtale rundt temaet, heller enn å stille mange spørsmål, slik man gjerne gjør i et gruppeintervju (Halkier, 2016, 9-10). Fokusgrupper er godt egnet til å produsere data om hvordan erfaringer og sosiale prosesser kan føre til bestemte fortolkninger og meningsdannelser blir til, og om handlinger og praksiser som man kanskje tar for gitt at bare er sånn. Ved hjelp av fokusgrupper må deltagerne «tvinge» hverandre til å bli mer eksplisitte om hva de gjør og hvorfor, og dermed også få et mer bevisst forhold til de vurderingene, argumentene og meningene gruppen har, enten de er/blir enige eller uenige (Halkier, 2016, s. 10). For å sikre tid og mulighet for alle i gruppen å dele, og at gruppen skulle følte trygg relativt raskt, var det ønskelig med en liten gruppe på 4-5 informanter. Samtidig var det også viktig at gruppen var stor nok til å kunne ha en samtale mellom flere, med rom for å sammenlikne og reflektere rundt ulike erfaringer og meninger. Ettersom temaet i seg selv er sensitivt og komplekst, vil en for stor gruppe øke risikoen for at det blir «skummelt» eller unaturlig å få fram detaljerte historier og personlige fortellinger (Johannessen et al., 2019, s. 112-113).

**Individuelle intervjuer** er godt egnet når man ønsker fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, meninger, holdninger, refleksjoner og følelser rundt noe. I individuelle intervjuer minsker risikoen for å bli påvirket av andre, eller at man skiller seg ut, slik man kan i en fokusgruppe. Heller ikke i individuelle intervjuer vil dataene som produseres være nøytrale. Dataene (som i alle former for kvalitativ forskning) vil være preget av forskerens forforståelse og tolkning av det informanten formidler, samt hvordan forskeren legger opp til og preger samtalen. Informantens forforståelse og bakgrunn vil også prege utfallet, og jeg forsøkte som følge av disse elementene å tenke gjennom hvilke grep jeg kunne gjøre for å få et mest mulig klarsynt blikk. Med utgangspunkt i Gadammers hermeneutiske tilnærming, skrev jeg i forkant av intervjuene ned fordommer, meninger og forventninger jeg hadde til både intervjuet og informanten. Ved å ha dette klart for meg,



kunne jeg lettere legge noe av forforståelsen til side og være mer åpen (Johannessen 2019 et al., s. 34-35).

Alle intervjuene var semistrukturerte, noe som vil si at jeg hadde en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for samtalen. Selve samtalen, spørsmålene og rekkefølgen på ting varierte og var fleksibelt. Spørsmålene var i hovedsak åpne, og ved at informanten selv fikk formulere og til dels også styre samtalen og agendaen, hadde jeg som forsker mindre innvirkning på svarene. En fordel med semistrukturerte intervjuer er nettopp at man underveis kan stille informanter oppfølgings spørsmål for å få avklart eller utdypet noe, og er med på å gi intervjuene en naturlig dynamikk. Intervjuene kan som følge av dette få litt ulike fokuspunkter og «avsporinger». For å sikre en viss form for standardisering, fikk alle informantene mange av de samme spørsmålene. (Johannessen et al., 2019, s.145-146).

#### **4.2.2 Presentasjon av intervjuguide**

I forkant av intervjuene, utarbeidet jeg en intervjuguide. Intervju-guiden er et viktig redskap for å strukturere intervjuforløpet og sikre at fokuset blir riktig. Videre unngår man å glemme viktige spørsmål eller temaer, og kan holde fokuset på det som skjer i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162-165). Jeg tok utgangspunkt i selve forskningsspørsmålet, underspørsmålene, og det teoretiske rammeverket da jeg utarbeidet intervjuguiden. Tematikken kan beskrives som sensitiv på flere måter, blant annet fordi selvmord er et tabubelagt emne, og deltakerne selv kan ha personlige erfaringer med selvmord. Videre at det er snakk om minoritetspersoner, og at det er en risiko for at intervjuene kan oppleves som stereotypiserende. Jeg forsøkte å tilpasse og bygge opp intervjuguiden med hensyn til dette, med mål om å skape en naturlig dynamikk på tross av sensitive temaer.

Det er viktig å sikre at informantene opplever det som trygt og åpent for å snakke og dele om både erfaringer, følelser og tanker (Thagaard 2018). Innledningsvis ga jeg kort informasjon om prosjektet og meg selv, taushetsplikt og anonymisering. Deretter var det en uformell introduksjonsrunde av deltakerne for å få praten i gang, og jeg gikk så gjennom case-oppgaven. Informantene fikk så anledning til å kunne komme med refleksjoner og tanker rundt den. Case-oppgaven var nyttig for å «tune» informantene inn på temaet, og å sette i gang refleksjoner de måtte ha fra liknende erfaringer og situasjoner. Resten av intervjuene foregikk som en samtale der jeg stilte oppfølgings-spørsmål basert på det de

fortalte og delte, med en bevissthet rundt å ikke styre samtalen *for* mye, men heller ikke la den spore av. For mange ledende spørsmål kan lukke samtalen, og gi informantene inntrykk av at forskeren selv har en tydelig mening man indirekte kommer med. På den andre siden kan det å kun ha veldig åpne spørsmål gjøre samtalen for vid eller generell (Thagaard, 2018). Jeg avsluttet alle intervjuene med å spørre hva de satt igjen med som det mest sentrale fra samtalen, og om det var andre ting som burde vært tematisert. Jeg strebet etter å holde språk og spørsmål uformelle, for å sikre at budskapet var tydelig og forståelig, og med et «ufarlig» preg (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162-165). Jeg brukte samme intervjuguide i begge intervjuformene, men gjorde tilpasninger og notater i forkant av hvert intervju.

#### **4.2.3 Utvelgelse og rekruttering av informanter**

Ved utvelgelse av informanter var jeg nødt til å ta hensyn til at dette er et studentprosjekt og tidsbegrensninger. Samtidig skal utvalgsstørrelsen tilsvare studiens analytiske mål, og kunne gi nok grunnlag for å belyse problemstillingen. Å ha nok grunnlag vil si at man oppnår et såkalt metningspunkt, der det å studere flere enheter ikke vil gi ytterligere forståelse av det som undersøkes (Thagaard, 2018). Jeg valgte å ikke gjennomføre flere intervjuer enn jeg gjorde, på bakgrunn av at 7 informanter var på grensen av det jeg rent praktisk kunne håndtere.

For å finne en passende informantgruppe for problemstillingen, tok jeg i bruk det som kalles et strategisk utvalg. Strategisk utvalg tar utgangspunkt i en faglig vurdering for hva som er ønskelig kunnskap og erfaring for undersøkelsen, og er med på å sikre at deltakerne har de egenskapene og kvalifikasjonene som er strategiske i forhold til forskningsspørsmålet (Thagaard, 2018). Forskningsspørsmålet i denne oppgaven har fokus på fagpersoners rolle, perspektiv, handling og ansvar i forbindelse med selvmordsintervensjoner. Det var derfor ønskelig å komme i kontakt med profesjonelle som jobbet med tematikken, og som hadde en viss mengde arbeidserfaring som grunnlag for å kunne uttale seg og reflektere rundt egne opplevelser og utfordringer. Et annet viktig aspekt ved forskningsspørsmålet omhandler kultursensitivitet, og at det er snakk om intervensjoner i møte med minoritetspersoner. Det var dermed ønskelig å finne informanter som ikke bare hadde erfaring med selvmordsamtaler og VIVAT, men med gjennomføring av intervensjoner i møte med minoritetspersoner. Fagpersonell som til daglig jobbet med en flerkulturell og mangfoldig brukergruppe, og som kjente til vanlige utfordringer og ressurser blant minoritetsgrupper,

var ettertraktet erfaring og kompetanse hos informantene. Slik forsøkte jeg å sikre at informantene stilte med et mest mulig helhetlig og nyansert kunnskaps- og erfaringsgrunnlag for hvordan man i en flerkulturell kontekst går fram ved bekymring for selvmord.

Informanter som velges ut på bakgrunn av strategisk utvalg, har med stor sannsynlighet en faglig og personlig interesse for tematikken. Som følge av dette vil gjerne kunnskapsnivået til informantene også være høyt, sammenliknet andre som ikke har like mye erfaring og engasjement fra og for feltet. Noe som kan sies å være en svakhet ved strategisk utvalg, er at evnen til å være kritisk også kan bli preget. Risikoen for at informantgruppen i stor grad vil være enige, og kanskje ikke utfordre og stille spørsmål ved forskningsprosjektet på samme måte som andre med en større avstand til tematikken kanskje ville gjort, er høyere ved strategisk utvalg (Thagaard, 2018). Som forsker er det viktig å være bevisst dette, og å forsøke å stille spørsmål som hjelper informantene til å tenke kritisk, og få fram kunnskap som for de kanskje er «selvsagt» og implisitt (Andersen & Skrede 2023).

For å finne informanter med riktige kvalifikasjoner, kontaktet jeg fagfolk og instanser i bydeler og byer der store deler av befolkningen er minoritetspersoner, og som på ulike måter jobbet med mennesker i kriser. Jeg ønsket ikke å rekruttere informanter fra kun én arbeidsplass eller kontekst, men å snakke med fagpersoner som på ulike måter og i ulike kontekster, og gjerne med ulike utdanninger, jobbet med tematikken. Dette med et håp om å i størst mulig grad få belyst forskningsspørsmålet på en nyansert og tverrfaglig måte, der ulike former for kompetanse, dilemmaer og kunnskap kommer fram. Jeg begynte med å kontakte personer jeg basert på egen karriere og interesse for felte visste at ble sett på som -og brukt som ressurspersoner, og tok kontakt ved å sende en åpen henvendelse. Kommunikasjonen med informantene foregikk på e-post.

Jeg kontaktet instanser i det offentlige og private, første- og andrelinjetjenester, blant annet: Distriktpsykiatriske sentre (DPSer), kommuners- og bydelers Rask psykisk helsehjelp-tilbud (RPHer), legevakt, og nasjonale- og regionale ressurs- og kompetansesentere som spesialiserer seg på tematikken. I tillegg til å spørre om de hadde mulighet til å stille, ba jeg også om tips til eventuelle kollegaer og andre de måtte komme på som aktuelle informanter. Jeg brukte med andre ord også utvalgsstrategien «snøball-metoden», der man tar

utgangspunkt i allerede rekrutterte informanter for å finne flere (Andersen & Bengt, 2023, s. 100). En kritikk ved bruke av denne strategien, er at den kan generere en form for seleksjonsskjevhet i utvalget, om flere av informantene tilhører samme sosiokulturelle lag og kontekst (Andersen & Skrede, 2023, s. 101-102). Jeg hadde dette med i bevisstheten underveis, men fikk rekruttert flesteparten uavhengig av hverandre og fra ulike arbeidskontekster, og vurderte balansen på dette som god nok. Jeg kontaktet flere NAV-kontor, utekontakten og uteseksjonen, politiets støttesenter for kriminalitetsutsatte, avdelinger for akuttpsykiatri ved sykehus, krisesentere, og relevante private interesse- og hjelpeorganisasjoner. Jeg kontaktet totalt rundt 60 stykker før jeg hadde et tilstrekkelig antall informanter.

#### **4.2.5 Presentasjon av informantene**

Endelig antall informanter ble syv, fem kvinner og to menn. Tre ble intervjuet individuelt og fire deltok i fokusgruppe. Jeg hadde rekruttert fem informanter til fokus-gruppen, men grunnet sykdom ble det endelige antallet fire. To kvinner og én mann ble intervjuet individuelt, fokusgruppen bestod av tre kvinner og én mann. Alderen på informantene var godt spredt, og det var også variasjon i både utdanning og yrkeserfaring, selv om flertallet var psykologer (se figur for detaljer). Fire av informantene hadde Vivat-kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare», tre hadde ikke. To av de som ikke hadde Vivat-kurset, var opplært i andre intervensjons-modeller fra psykologi-feltet. En annen informant hadde ingen spesifikk intervensjons-kursing, men hadde mye praktisk erfaring i kraft av både den nåværende og de tidligere stillingen(e) informanten hadde (hatt). Én informant hadde ikke helse- eller sosialfaglig utdanning, men hadde likevel lang erfaring og mye kompetanse om både feltet og modellen, som følge av å selv være etterlatt, kurset i Vivat, samt hadde mange års arbeidserfaring med selvmordsforebygging. Flesteparten av informantene jobbet i (og/eller hadde mye erfaring fra) større bykommuner, mens et fåtall jobbet i mindre bykommuner. For å sikre at det som fremkommer i oppgaven ikke gjør at noen av informantene gjenkjennes, har jeg unnlatt å oppgi eksakt alder, spesifikke detaljer om utdanning og yrkeserfaring, samt hvor og i hvilken landsdel de jobber. Alle informantene har fått andre betegnelser enn sine navn. Informantene som hadde individuelle intervju har fått tall (123), mens informantene fra fokusgruppen har fått bokstaver (ABCD).

Informant	Alder	Grunnutdanning/ erfaring	Tatt VIVAT- kurs: «Førstehjelp ved selvmordsfare»
1	40-65 år	Psykolog (over 20 års erfaring)	Ja
2	25-40 år	Sosionom (over 10 års erfaring)	Nei
3	40-65 år	Psykolog (over 20 års erfaring)	Nei
A	40-65 år	Annen høy. utd. (ikke sosial- eller helsefaglig)	Ja
B	40-65 år	Psykolog (over 20 års erfaring)	Ja
C	25-40 år	Psykolog (over 5 års erfaring)	Nei
D	25-40 år	Sosiolog (over 5 års erfaring)	Ja

### 4.3 Feltarbeidets gjennomføring og transkriberingsarbeidet

I det følgende gjennomgås gjennomføringen av feltarbeidet og behandlingen av innsamlede data, samt refleksjoner rundt muligheter og begrensninger. Grunnlaget for kapittelet er erfaringer som ble gjort underveis og teori om metode, hovedsakelig Jordhus-Lier (2023) og Andersen & Skrede (2023).

#### 4.3.1 Beskrivelse av feltarbeidet: muligheter og begrensninger

Intervjuene ble gjennomført med omtrent en ukes tid mellom hvert intervju. Dette hjalp meg til å komme inn i rollen som intervjuer, og å kunne justere spørsmål og ha ferskt i minne hva de ulike informantene sa, og kunne bygge videre på i nye intervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp på lyd. Fordelen med lydopptak var at jeg ikke måtte konsentrere meg om å notere der og da, og kunne heller rette fokuset på informantene og flyten og kommunikasjonen i intervjuet (Tjora, 2017, s. 166- 167). Transkriberingen gav meg en anledning til å høre gjennom hva som fungerte bra og ikke. Jeg la for eksempel tidlig merke til at jeg kunne formulere spørsmål kortere og tydeligere, da jeg i starten brukte mange småord som: på en måte, liksom, og så videre. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg test-intervjuer med kollegaer.

Intervjuene foregikk digitalt ved bruk av Join, Norsk helsenett sin videotjeneste. Planen var opprinnelige å bruke Zoom, men i forbindelse med at jeg fikk tilgang til Join via jobben,

vurderte jeg å heller bruke det, da sikkerhet og personvern er tryggere med Join. Videomøtene er låst med PIN-koder kun deltakerne har tilgang på, og brukes blant annet i pasientkonsultasjoner. En klar fordel med digitale intervjuer, er hvor praktiske og tidseffektive de er, og muliggjør det å nå folk over hele landet. Informantene som deltok i prosjektet bodde ulike steder i Norge, og det ville for mange være vanskelig å delta fysisk. Digitale intervjuer gjør det lettere å nå visse målgrupper, og kan dempe terskel for deltakelse. Noen opplever seg mer komfortable «bak en skjerm» i egen stue, andre kan bli mer stille og tilbaketrukket enn vanlig (Andersen & Skrede, 2023, s.72-74). Planen var fysiske intervju, men da det ikke ble mulig grunnet egen og andres jobb-timeplan, omstilte jeg meg til å tenke digitale intervju, da det etter hvert begynte å bli kritisk med tanke på disponibel tid. Ett intervju ble gjennomført over telefon, da informanten der og da ikke hadde anledning til å koble på video.

Digitale videomøter kan ikke likestilles med fysiske møter og den naturlige dynamikken man får av å sitte i samme rom. Videre kan tekniske feil med lyd eller bilde ødelegge samtalen og dynamikken. Dette skjedde heldigvis ikke i mine intervjuer. De individuelle intervjuene var lettere å gjennomføre digitalt, da det var tydelig når informanten var ferdig med å prate, hva slags ansiktsuttrykk og kroppsspråk de hadde. I fokusgruppen var dette mer utfordrende å få med seg til enhver tid. Til tross for at det ikke var optimalt, fungerte fokusgruppen svært bra, og informantene var flinke til å bruke tegn og vise at de ville snakke. Alle var engasjerte, og om noen tok mer plass, forsøkte jeg stille de mer «stille» informantene hva de tenkte, og om de ville gjort noe annet. Informantene kom da med sine refleksjoner, og det var tydelig at de lyttet til det som hadde blitt sagt. Å dempe dominerende personligheter og sikre at alle får kommet til, kan også være mer krevende digitalt. Som intervjuer- og fokusgruppe-leder blir det da ekstra viktig å kunne være tydelig (Jordhus-Lier, 2023, s.62). Balansen på deltakelsen og engasjementet var heldigvis nokså jevn. Informantene i de individuelle intervjuene fortalte fritt, delte sine tanker og reflekterte over egne erfaringer. I fokusgruppen henvendte deltakerne seg til hverandre, og kunne kommentere eller reflektere videre på det som hadde blitt sagt, enten de var enige eller hadde andre perspektiv. De individuelle intervjuene varte cirka 1 time (noen 45 minutter), mens fokusgruppen varte i 1,5 time.

Å kombinere forskningsmetoder kan være nyttig for å belyse noe og få fram ulike perspektiver. I fokusgruppen ble det mulig å dele erfaringer og å høre hverandres tanker,

meninger og synspunkter, noe som preget den faglige samtalen. Det kan tenkes at flere nyanser og dilemmaer som følge av dette ble belyst i fokusgruppen, som kanskje ikke ville kommet frem i et individuelt intervju. En ulempe med fokusgruppe kan sies å være at man kan bli påvirket eller formet av «gruppens meninger», og det kan bli vanskelig å komme med andre synspunkter enn det flertallet mener. Styrken med de individuelle intervjuer er at det er mulig å gå enda mer i dybden på temaene, og informantene har bra med tid og plass til å komme med det de vil. Kombinasjonen av intervjuformer anses å ha vært en styrke for denne studien, da de ulike fordelene og ulempene er med på å utfylle hverandre. (Andersen & Skrede, 2023, s. 25-26).

Et annet aspekt ved forskning omhandler forskerens rolle som intervjuer, og hvordan intervjuene påvirkes på godt og vondt. Jeg forsøkte i alle intervjuene å ha fokus på å ikke ta for stor plass eller styre intervjuene på en måte som lukket muligheten for visse temaer eller refleksjoner (Jordhus-Lier, 2023, s. 57). Fokuset var riktignok også på å holde oss innenfor forskningsspørsmålets relevans, men jeg opplevde sjeldent «irrelevante avsporinger». Noe jeg i ettertid tenker jeg kunne gjort annerledes, var å gi et tema enda mer tid for å jobbe få fram flere eksempler, nyanser og perspektiver. De aller fleste spørsmålene jeg stilte var åpne, men jeg kunne noen ganger være rask med å selv komme med eksempler, dersom informanten «med én gang» ikke kom inn på riktig spor.

#### **4.3.2 Transkribering av data**

Etter gjennomføringen av intervjuene, ble alle lydopptakene transkribert. Jeg brukte Nettskjema for å ta opp intervjuene, en brukervennlig tjeneste utviklet av Universitet i Oslo som er sikker og godkjent for akademisk forskning. Jeg begynte å transkribere intervjuene samme dag som intervjuet ble gjennomført, og fullførte påfølgende dag/kveld. Dette var for å sikre at jeg hadde intervjuene ferskt i minne under transkriberingen, og unngikk minst mulig tap av informasjon. Noe tap av informasjon er riktignok umulig å unngå ved omgjøring av tale til tekst, da man mister det visuelle og den unike formidlingen til hver informant. Man kan forsøke å beskrive toneleie og stemningen på intervjuene, men dette vil igjen kun være en del av det, i tillegg til at denne informasjonen da vil beskrives med utgangspunkt i Intervjuerens tolkninger og observasjoner. Jeg brukte 3-5 timer på hvert intervju, avhengig av lengden. Jeg transkriberte lydopptakene ordrette og så detaljerte som mulig. Inkludert pauser, latter og andre lyder, famling etter ord og andre relevante detaljer som preget og

var en del av informantens formidling og budskap, Transkripsjonene ble anonymisert og lagret på en sikker sone med beskyttet passord. (Andersen & Skrede, 2023).

Det var et bevisst valg å gjennomføre transkriberingen selv, ettersom transkribering er en nyttig måte å bli kjent med dataene på (Andersen & Skrede, 2023 s. 107-109). Ved å høre intervjuene på nytt, fikk jeg også lyttet til det informantene sa på en annen måte enn under selve intervjuet, ettersom jeg da var mer opptatt av egen rolle og selve gjennomføringen. Arbeidet var tidkrevende, men nyttig, og det ble tydeligere for meg hva som fremstod som hoved- og undertemaer i forhold til forskningsspørsmål.

#### **4.4 Forskningsetiske betraktninger**

Ved gjennomføring av forskningsprosjekter møter man på flere etiske problemstillinger underveis. I forbindelse med dette har NESH utarbeidet retningslinjer som gjelder all forskning i privat og offentlig regi, for å sikre forskningsetisk skjønn og refleksjon (NESH 2023). I det følgende vil jeg gjennomgå sentrale etiske aspekter ved studien.

En viktig del av NESH sine retningslinjer omhandler forskerens ansvar for å ivareta personlig integritet, sikkerhet og velferd for alle som på en eller annen måte er en del av forskningen (NESH 2023, del B, punkt 16). Informert samtykke er den del av dette. Alle informantene fikk tilsendt informasjon om hva forskningen omhandler, og hva det å samtykke til å bli informant går ut på. Informasjon og spørsmål om samtykke ble også gjentatt muntlig i intervjuene. De viktigste punktene var: at deltakelsen er frivillig og at det er mulig å trekke seg når som helst, og at alt som brukes i oppgaven vil bli anonymisert. Jeg forsikret meg også om at alle samtykket til lydopptak før jeg startet selve opptaket. Alle informantene signerte samtykkeskjemaene. Informantene ble også lovet anonymitet, ref. punkt 20 i NESH, som ble ivaretatt både underveis og i selve oppgaven.

«Forskere skal vise respekt for ulike verdier og holdninger» (NESH 2023, del B, punkt 27). Jeg forsøkte å være opptatt av dette underveis i intervjuene, og å være påpasselig med å stille spørsmål som var faglig forankrede og stilt på en måte som viste nysgjerrighet og interesse, og ikke kritikk eller fordømming. Informantene kunne si og mene ting som jeg selv kunne ha andre tanker og meninger om, og det ble da ekstra viktig å huske på min rolle og mitt ansvar som forsker. Ved å si noe om hvorfor jeg stilte visse spørsmål og å være tydelig rundt mint



intensjon, forsøkte jeg å minske usikkerhet og tvetydighet rundt det som kunne oppleves vanskelig.

Temaer forskere velger, hvem man velger å inkludere og hvordan forskningen gjennomføres kan gi både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser. I dette prosjektet har alle involverte vært fagpersoner, en gruppe man kan betegne som mindre sårbar enn for eksempel klienter og brukere av hjelpeapparatet, som ikke har samme kunnskap om fag og system. Fagpersoner har også gjerne mer innsikt i hva forskning og det å delta i forskning innebærer. Når det gjelder utilsiktede konsekvenser, kan eksempelvis det å tematisere eller fremstille visse temaer eller grupper i samfunnet på en stigmatiserende måte, være med på å skape negative holdninger og bidra til marginalisering. Rasisme og andre negative holdninger til mennesker med annen opprinnelse er som nevnt fortsatt et utbredt problem i Norge. Punkt 26 påpeker viktigheten av at forskere skal ha gjennomtenkt slike mulige utfall, for å i størst mulig grad unngå negative virkninger (NESH 2023, del B). I dette forskningsprosjektet var fremstillingen av minoritetspersoner viktig. Det var ønskelig å få fram aktuelle faktorer gruppen faktisk forholder seg til (i ulik grad), fordi det i seg selv er relevant for forskningsspørsmålet, samtidig som det å nevne ressurser og å nyansere faktorene også var viktig å få fram. Måten minoritetspersoner, kultur og andre grupper omtales har mye å si. Jeg vurderte å heller bruke fler- eller krysskulturelle, men ønsket å få fram minoritetsperspektivet i utforskningen av et hjelpeapparat som først og fremst er rigget for majoriteten.

Kultursensitivitet kan i en del sammenhenger gi assosiasjoner til at det å jobbe med mennesker fra andre land og kulturer krever en helt spesiell kompetanse og et eget sett ferdigheter. Dette er ikke tilfellet eller min oppfatning for valg av forskningsspørsmål. Jeg har forsøkt å være redelig og tydelig i min fremstilling av ordet, og kort tematisert noen av disse dilemmaene for leseren, i håp om å få fram noen av disse nyansene. Under intervjuene opplevdes det å stille spørsmål om hvordan og hvorfor informantene gjorde eller ikke gjorde ting annerledes i møte med mennesker fra andre kulturelle bakgrunner som noe ubehagelig, da det lett kunne oppfattes som om jeg personlig eller faglig mente at det var et veldig tydelig skille her. Hensikten med disse spørsmålene var å som forsker få fram kunnskapen og vurderingene bak ulike handlinger og praksiser informantene fortalte om, noe jeg forsøkte å sette ord på og bevisstgjøre informantene på underveis i intervjusituasjonen.

Fokuset i denne oppgaven er på muligheter og styrking av forebyggingsarbeidet, men selvmord er uansett et sensitivt og tabubelagt tema, noe som også er viktig å ha med seg i forskningsetiske vurderinger. Det var derfor viktig å også i intervjuene utvise respekt og lage trygge rammer for informantenes egne følelser og forhold til selvmord, blant annet for å unngå re-traumatisering, at informantene skulle oppleve ubehag eller stress knyttet til egne erfaringer, og slippe å dele disse i en forskningssammenheng, ref. punkt 28 (NESH 2023).

#### **4.4.1 Resultatenes gyldighet**

For å kunne si noe om resultatenes gyldighet, bruker man innen forskningsfeltet gjerne validitet og reliabilitet som vurderingsverktøy (Johannessen et al., 2019, Kvale, 2007 & Kvale & Brinkmann, 2015). **Validitet** omhandler det som har blitt gjort i undersøkelsen, og hvorvidt det som har blitt gjort underveis i forskningen, også har en logisk sammenheng med det man har til hensikt å undersøke (Johannessen et al., 2019, s. 66). Validitet handler altså både om resultatene og framgangsmåten som er brukt i studien, og hvorvidt man basert på disse kan trekke konklusjoner som representerer virkeligheten (Dahlum 2021, Johannessen et al., 2019, s. 230). En viktig del av å sikre validitet handler om forskerens håndtverksmessige dyktighet, og fokus på kvalitet. Videre at forskeren stadig leter etter og undersøker feilkilder som en kontinuerlig prosess fra studiens start til slutt (Kvale & Brinkmann, 2015).

**Reliabilitet** handler om funnenes pålitelighet, og er i denne sammenheng også verdt å nevne. Nærmere bestemt handler reliabilitet om hvilke data som brukes, hvordan man har skaffet de og hvordan de bearbeides i etterkant. Reliabilitet er svært viktig i kvantitativ forskning, og man skal for eksempel kunne komme fram til samme data om studien gjennomføres på nytt. Ettersom kvalitativ forskning er verdiladet og kontekstavhengig, blir det annerledes. Et viktig trinn for å sikre pålitelighet innen kvalitativ forskning, går ut på å gi leseren grundige beskrivelser av konteksten og framgangsmåten som ble brukt (Johannessen et al., 2019, s. 229-230). I forsøk på å etterkomme dette og sikre validitet, har jeg blant annet forsøkt å utføre arbeidet med en intensjon om kvalitet. Jeg har loggført valg og vurderinger, fordommer og forventninger jeg har hatt med meg inn i studien, samt refleksjoner jeg har fått underveis. Loggføringen har blant annet sikret at slik informasjonen ikke gikk tapt, arbeidet med å synliggjøre arbeidsmetodene og framgangsmåten som ble brukt for leseren blir mer presist. Jeg gjennomførte pilotintervjuer med kollegaer og medelever i forkant av de faktiske intervjuene, og fikk med dette endret og fjernet begrep og

spørsmål som skapte misforståelser, og som jeg i ettertid oppdaget var for ledende eller overflødige. Jeg ble også tryggere i min rolle som forsker og intervjuer, og er sikker på at kvaliteten på intervjuene ble forbedret.

Kvale & Brinkman (2015) peker på viktigheten av at forskerens bakgrunnskunnskap om temaet er tilstrekkelig, for sikre at forskeren vet hvordan man bør undersøke det som skal undersøkes. Min egen bakgrunnskunnskap om selvmordsintervensjoner og kultursensitivitet kan dermed sier å være et viktig grunnlag for forskningen, samtidig som det også utgjør en risiko for overidentifisering, ettersom jeg selv også er en fagperson med førstehånds-erfaringer rundt tematikken. For å håndtere denne risikoen har loggføringen og bevisstheten min rundt egen forforståelse vært viktig, samtidig som jeg har hatt et fokus på å balansere de ulike gradene av nærhet og distanse gjennom prosessen. (Johannessen et al., 2019, s. 34).

#### **4.4.2 Analyse og fortolkning**

Når det gjelder kvalitative data er det viktig at samme person som har gjennomført intervjuene, også analyserer og tolker dem. Dette handler om at forskerens forforståelse, teorier og hypoteser for dataanalysen også er en viktig del av tolkningen, da kvalitative data ikke kan «avleses» på samme måte som kvantitative data kan. De må først analyseres, og så tolkes. Forskjellen på analyse og tolkning er kort sagt at analysen går ut på å gå gjennom datamateriale avdekke mønstre og meninger. Tolkning handler om å søke å forstå og forklare funnene fra analysen, gjerne sett opp imot relevant teori. Det første jeg begynte med i analyse- og fortolkningsarbeidet, var å organisere intervjuene og å redusere informasjonsmengden til en håndterlig mengde data. Dette gjorde jeg ved å først organisere intervjuene, og å se etter fellestrekk, utsagn og temaer som gikk igjen. Jeg brukte altså en tverrsnittbasert- og kategorisk tilnærming, og delte så funnene inn i hoved- og underkategorier. I tillegg til å sette søkelys på det informantene var enige om, var jeg også interessert i uenigheter og ulikheter. Ved gjennomlesning av materialet strebet jeg etter å forstå både det informantene tilla svarene sine i form av mening, men også hvordan min egen fortolkning og oppfattelse kunne påvirke forståelsen og konklusjonene (Johannessen et al., 2019, s. 159-168).

I analysen av funn ble det nokså raskt tydelig for meg hva informantene så på som viktig og avgjørende ved gjennomføring av selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner.

Å inndelegje og velge ut hovedfunn- og kategorier var likevel ikke enkelt, ettersom man ved å velge å fokusere på noe, mister og tar fokuset vekk fra noe annet. Selv om flere informanter tilsynelatende mente mye likt, bestod refleksjonene og formidlingen deres av nyanser og ulike eksempler som jeg i denne oppgaven ikke klarer å gjengi presist.

## 5. PRESENTASJON AV HOVEDFUNN

I dette kapittelet presenteres hovedfunn fra analysert datamateriale. Hensikten er å gi et innblikk i informantenes beskrivelser og erfaringer med selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner. Funnene fra undersøkelsen presenteres gjennom fire hovedkategorier, basert på temaene som informantene utpekte som særlig viktige.

### 5.1 Bruk av ulike kommunikasjonsstiler

Første hovedkategori omhandler informantenes vurderinger av bruken av ulike kommunikasjonsstiler som verktøy i forbindelse med selvmordsintervensjoner overfor minoritetspersoner.

Samtlige informanter trakk frem viktigheten av kommunikasjonsferdigheter i møte med minoritetspersoner, og de var særlig opptatt av graden av direkthet. Når det gjaldt typen tilnærming, uttrykksform og valg av ord, var det derimot mange ulike praksiser og nyanser i det som ble fortalt. Intervjuene begynte som nevnt med en gjennomgang av case-oppgaven, og deretter ble det åpnet for refleksjoner og meninger rundt hvordan intervensjonen i casen var gjennomført.

Det første informantene gjerne la merke til og begynte å kommentere på, var måten veilederen kommuniserte på. Kommunikasjonsstilen ble beskrevet som «for direkte» (informant A), «voldsom» (informant D) og «rask» (informant 3). Informant 3 utdyper: «Ut ifra hans reaksjon er det ikke et treffende spørsmål, med tanke på timing, hvor direkte det er, hvordan det stilles, hvilke ord som blir sagt». Alle informantene var opptatt av å kunne tilpasse og variere kommunikasjonsstilen ut ifra minoritetspersonens kulturelle kontekst. Flere mente at hjelperen ved bevisst bruk av stil ville komme bedre i posisjon til å snakke om selvmord og å få gjennomført en intervensjon på en måte som kan oppleves mer naturlig og tillitsvekkende for den andre. En del av informantene påpekte hvordan det å være direkte kan bli sett på som uhøflig og frekt i noen kulturelle kontekster, og være en måte å få den andre til å tape ansikt på. Å være direkte i Norge derimot, blir ofte sett på som en form for tillitserklæring (informant 1). Informant 1 nevnte ordtaket «å kalle en spade for en spade» som et eksempel på hva mange norske har som ideal for en god samtale. Andre påpekte at å «gå for mye rundt grøten» i en norsk kulturell kontekst kan oppleves som fornærmende og signalisere at man ikke har tillit til personen. Som et alternativ til den direkte tonen, fortalte

flere informanter om positive erfaringer med indirekte tilnærminger. Mange fortalte at de pleide å stille spørsmål rundt søvn, måltider, fritid og familie, som en metode for å få et inntrykk av personens sinnsstemning og livssituasjon, uten å spørre «rett fram».

Informant 3 formulerer det slik:

I ulike settinger kan det være viktig å gå rundt grøten. Mer konkret handler det om at man adresserer livssmerte. Adresserer at du ikke spiser. At du ikke har livslust. Adresserer det indirekte, i form av at man snakker om «noen mennesker hvis de har det sånn kan tenke på sånn», istedenfor å si «du, Elisabeth, har du selvmordstanker eller selvmordsplaner»?

Ingen av informantene pleide å bruke ordet «selvmord» i selve intervusjonen. Heller enn å velge fagbegreper og kommunikasjonsformer som kunne vært naturlig for dem selv, var samtlige opptatt av å bruke ord som den andre selv ville brukt. «Det de bruker som ord, er det jeg igjen bruker til å stille spørsmål» (informant C). Informant B fortalte i den sammenheng om sitt samarbeid med imamer, og hvordan en imam hadde fortalt at han pleide å spørre indirekte om selvmord: «Har du det noen ganger så vanskelig at du skulle ønske at Gud tok deg til seg, eller gjorde slutt på livet ditt?». Informant C fra fokusgruppen forteller om egen bakgrunn og opprinnelse, og trekker paralleller til prosessene man går gjennom som ny i et land og hvordan også dette kan påvirke kommunikasjonsformen. Informanten reflekterer over at Yosef i casen er tidligere enslig mindreårig flyktning, og at det er vanskelig å vite hvor han er i prosessen med å skape seg det informant kaller for «en tredje kultur», og hvor direkte man kan være. Ifølge informanten kan man være mer direkte med personer som har vært i Norge i flere år, sammenliknet med nylig ankomne.

På spørsmål om fokusgruppen hadde opplevd liknende situasjoner som i casen, deler informant A en erfaring:

Vi snakket om selvmordstankene hans ganske lenge, uten at han brukte ordene selv. Fordi han sa at det var Haram. Det du snakker om nå kan ikke jeg snakke om, for det er Haram. Jeg vet at det finnes, men jeg kan ikke snakke om det. Så begynte vi å snakke omkring fenomenet på et nesten litt sånn ... filosofisk nivå. Og så ble det ganske tydelig for meg at det var hans egne erfaringer med egne selvmordstanker det handlet om.

Samtalen skjedde på et metanivå, fordi det var rett og slett tabu å snakke om. Og det må man jo på en måte respektere, og samtidig som hjelper klare å ha en samtale på det metaperspektivet. Det er jo ikke alle som er komfortable med det. Vi var gjennom hele Vivat-modellen, uten at han egentlig svarte direkte på mine spørsmål, på den måten som Vivat-modellen legger opp til.

De andre i fokusgruppen reflekterte videre rundt dette, og ga sin støtte til metoden informant A hadde brukt. I forlengelse av dette ble det eksempelvis pratet om hvordan man istedenfor å gi konkrete råd og anbefalinger, heller kan gå via metaforer og assosiasjoner. Informant 1 fortalte om historiefortelling som metode i møte med personer fra mer kollektivistiske kulturbakgrunn og som foretrakk en mer indirekte tilnærming. Ved å fortelle og samtale rundt historier med en viss symbolikk ga det personen anledning til å tolke og bruke historien slik de selv ønsket, samtidig som informant 1 fikk bedre innsikt i hva hen tenkte og hadde behov for.

Flere informanter snakket om bruk av metakommunikasjon som en nyttig metode for å finne fram til en passende kommunikasjonsstil for intervensjonen. Ved å «snakke om hvordan man snakker om ting», kan man få avklart hva klienten er komfortabel med, og hvordan han eller hun ønsker å prate om et såpass sensitivt og tabubelagt tema. Informant 3 forklarer:

Man kan stille direkte spørsmål som: Hvordan er det der? Er det greit jeg stiller spørsmål om det? Hvordan er det der du kommer fra opprinnelig? Hvordan snakker man om dette? Hvordan tenker man om det? Man er nysgjerrig.

Informant 2 fortalte at hen i møte med minoritetspersoner, gjerne om det også er språkvansker, kunne oppleve det som utfordrende å vite om hen forstod og tolket det som skjedde i samtalen riktig. Da opplevde hen det som nyttig å sjekke dette ut ved hjelp av å snakke om konkrete observasjoner og tolkninger: «Jeg opplever du ser ned i bordet og ikke vil se på meg. Hva skjer nå? Skammer du deg? Blir du stressa? Syns du jeg spør for mye? Dette er noe man kan utforske sammen, hva som skjer i samtalen» (informant 2).

Fem av informantene hadde personlig erfaring med bruk av tolk i intervensjoner (1, 2, 3, C og D). Det de trakk frem som utfordrende med tolkebruk i intervensjoner, handlet delvis om at språket det skal oversettes til, ikke alltid lar seg oversette direkte og ord-for-ord,

eksempelvis har ikke alle språk ordet selvmord i vokabularet. Informant 2 hadde inntrykk av at enkelte tolker opplevde det som krevende å skulle oversette i en slik sensitiv kontekst, eksempelvis hadde en somalisk tolk vært åpen om dette i etterkant av en intervensjon. Flere informanter mente at det å gjennomføre selvmordsintervensjoner via tolk forutsatte at tolken var svært profesjonell og dyktig, og kunne si ifra når ord og budskap ikke kan oversettes direkte. Videre fortalte informant 2 og D fortalte at å få tak i tolker med gode nok kvalifikasjoner kunne være vanskelig, og hadde begge erfaringer med tolker som ikke behersket språkene godt nok. En annen utfordring de beskrev, var at man sjeldent vet eksakt når bekymringen (og faren) for selvmord melder seg, og når det konkrete behovet for en intervensjon oppstår. Informant 2 hadde erfart at intervensjoner ofte skjer når man skal noe helt annet, som i nevnte case. Kanskje kjører man bil eller står på gata når «invitasjonen» til en selvmordssamtale kommer. Da har man ofte ikke mulighet eller tid nok til å skaffe tolk

## **5.2 Kulturkompetanse: Å lære å møte et mangfold av holdninger og verdier**

Ved gjennomgang av datamaterialet ble det også tydelig at kompetanse om kulturforskjeller og ulike verdi- og levesett, var noe informantene trakk frem som viktig for tilretteleggingen av gode, kultursensitive intervensjoner.

Samtlige informanter understreket hvor viktig det er å ha god kjennskap til og et bevisst forhold til egne holdninger- og verdier i møte med minoritetspersoner: Egne holdninger til andre kulturer og levesett, men også til selvmord og hva man ser på som «gyldige» grunner for både å leve og å dø. Hva man selv mener er god hjelp og god kommunikasjonsstil, kan virke inn på hva man oppfordrer eller pålegger den andre å forholde seg til. Den andre kan ha andre oppfatninger av hva som kan hjelpe eller være en god måte å snakke på (informant D). Informantene mente ansvaret for å identifisere dette helt klart ligger hos hjelperne. Informant A refererte til holdningsarbeidet man gjennomgår på Vivat-kurset:

Det er jo en bit i Vivat-kurset der man diskuterer holdninger, og den rommer også muligheten for at en person som har en sterk tro på for eksempel fordømmelse, at hvis man tar livet sitt så blir man straffet i etterlivet. Og at det kan være en beskyttende faktor. ... Å anerkjenne det, tenker jeg kan være en beskyttende faktor.



Informantene sa seg enige med Informant A i dette. Informant D delte så en erfaring med at det å forholde seg til ulike holdninger og verdier når man ikke har nok kulturell forståelse kan være krevende. Informant D fortalte om en intervensjon med språkutfordringer, der en person i selvmordsfare hadde blitt forvist fra sin familie og sitt religiøse miljø grunnet handlinger personen hadde gjort. Personen selv aksepterte forvisningen. Informanten opplevde det som krevende å «akseptere» og forstå forvisningen, og å sette seg inn i konteksten personen levde i. Dette i tillegg til at det var store språk- og kulturforskjeller dem imellom, gjorde at informant D opplevde å ikke få hentet ut de aspektene som var viktige for å komme videre i intervensjonen.

Informant 1 fortalte i sitt intervju om hvordan bruk av kulturtolker og brobyggere utgjorde en viktig ressurs for å raskt få oversikt over og innblikk i, klientenes ukjente land- og kulturbakgrunner. Informant 3 var også opptatt av å skaffe seg grunnleggende «bakgrunnskunnskap», for i større grad å kunne tilpasse samtalene ut ifra den andres preferanser og verdier. Informant A tematiserte på den andre siden hvordan det å ha ulike kulturelle bakgrunner også kan fungere som en ressurs, og ikke nødvendigvis kun noe som skaper avstand og vansker med å forstå hverandre:

Jeg tror det kan være en fordel å være en hjelpeperson overfor en person og ikke ha den samme bakgrunnen. Det kan oppleves som et mer nøytralt område å møtes på da. Ikke sant? Jeg forestiller meg at hvis en muslim treffer sin imam, og ønsker å snakke om selvmordstankene sine, så kan det bli veldig, veldig preget av forventningene de kan ha til hverandre.

Informant 1 forklarer at i tilfeller der personen kommer fra en «autonomi-orientert og direkte kontekst» gjennomfører hen intervensjonen selv. Er personen mer kollektivistisk orientert i sitt verdisett, vurderer hen å benytte seg av meklere eller tredjepersoner fra personens nettverk som et alternativ eller supplement til å gjennomføre intervensjonen selv. Informant B, C, D, 2 og 3 adresserte også utfordringer mange minoritetspersoner lever med, hvordan det påvirker intervensjonen og hvordan man som hjelper forholder seg til det. Asylstatus og det at flere lever med en reell risiko for å bli sendt ut av Norge, ble trukket frem som spesielt krevende. Informant B forteller om erfaringer fra selvmordsintervensjoner på asylmottak, og hvordan det å forholde seg til det som skjer på systemnivå

kan gjøre det utfordrende å på individnivå skulle hjelpe personen med å finne såkalte «vendepunkter» i intervensjonen - grunner for å velge livet her og nå:

Det ble ofte nevnt i mottaket, dette med selvmord som en mulighet. Som et alternativ. Ofte var det da knyttet opp til det å få et brev med beskjed om at jeg må jeg dra. Og så satt de i mottaket igjen og sa ok .... Vi kan ikke få gjort noe med det vedtaket. Vi får ikke gjort om på det, vi må forholde oss til det. Og så skal vi forebygge selvmord. Det opplevde ansatte som en tøff problemstilling.

Informant D reflekterte så videre rundt at mange også må holde ting om livet sitt skjult av frykt for at noe kan endre oppholdsgrunnet. På grunn av dette, og fordi mange har negative erfaringer med myndighetsinstanser, kan en del bli «mer lukka» i møte med hjelpere i det offentlige. Flesteparten av informantene beskrev det som krevende å som hjelper forholde seg til faktorer på systemnivå som påfører klienten enorme konsekvenser, uten mulighet til å endre eller påvirke situasjonen. De som ikke omtalte dette, hadde ikke konkrete erfaringer med slike tilfeller eller uttrykte at de forholdt seg til systemutfordringer på lik linje med andre utfordringer personer i selvmordsfare kan leve med. Informant C fortalte om sine erfaringer fra arbeid med papirløse og enslige mindreårige flyktninger. Prosessene de må gjennom tar gjerne flere år, og handler om flere ting, blant annet oppholdstillatelse, bosetting, språk, utdanning med mer. Informant C mente at slike former for minoritetsstress og den håpløsheten klienten kjente på ofte kunne bli et tema i intervensjoner. Informant C trakk også frem tidsperspektivet som en utfordring, da mange lever med usikkerhet og frykt i mange år. På tross av at slike systemrelaterte faktorer kan være krevende å forholde seg til i en intervensjon, var alle informantene enige om at grunnen til at noen ønsker å ta sitt liv, ikke er det viktigste for selve intervensjonen og utfallet av den. Som hjelper har man ofte ikke mulighet til å påvirke eller endre situasjonen til personen det handler om. De reflekterte videre om at det finnes mange ulike grunner til at noen vil ta livet sitt, både «gode og dårlige». Det man som hjelper er opptatt av, er at det for den personen oppleves som uutholdelig og overveldende (informant A).

### **5.3 Relasjonens betydning for selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner**

Informantene framhevet også hvor viktig relasjonsarbeid er i selvmordsintervensjoner overfor minoritetspersoner. Dette vil jeg presentere nærmere i det følgende.

Alle informantene reflekterte over hjelper-klient-relasjonens betydning for selvmordsintervensjoner. Informant 2 mente det var viktig å ha et bevisst forhold til hvorfor man igangsetter en intervensjon, og hvorfor man stiller direkte spørsmål som handler om selvmordstanker: «Hvis man skal spørre bare for å tikke en boks om at man har spurt, så man har ryggen er fri i tilfelle noe skjer, så er det veldig greit å spørre på den måten». Informant 2 reflekterte så videre over tendensen man som hjelper kan ha til å gjøre dette, både bevisst og ubevisst, og at det kan handle om forskjellige ting. Hjelperen kan oppleve ubehag i situasjonen, mangle kunnskap og erfaring, eller kjenne på frykt for hva klienten vil si eller gjøre, dersom intervensjonen ikke går som planlagt. Fokusgruppen kom inn på det samme og at intervensjoner der man både mangler en trygg nok relasjon og en felles forståelse av situasjonen, for eksempel grunnet språkbarrierer eller store kulturelle forskjeller, er krevende. Da kan det å stille korte, direkte spørsmål om selvmord være fristende. Informant D sier hen i slike tilfeller kan velge å «lene seg» på kjernen av Vivat-modellen, dersom det å tilpasse modellen virker vanskelig. Informant 3, i forlengelse av refleksjonen rundt det å stille direkte spørsmål om selvmord, kommenterte: «Uansett hvem du er ... hvis ikke relasjonen er der, så er det et lite smart spørsmål å stille». Informanten mener relasjonen må være på plass for å kunne «bære» og tåle slike spørsmål, ikke minst i møte med noen med en annen kultur- og verdiforankring. Informanten forteller videre at hen har erfart at slike spørsmål kan være ekstra vanskelige for menn, da det i mange kulturer er forventet at mannen skal være sterk og handlekraftig. Bli spørsmålet i tillegg stilt av kvinne, som kanskje også er yngre, mener informanten det kan være vanskelig å få en «trygg nok» relasjon. Informant 1 mener derimot at alder har mer å si for relasjonen enn kjønn, og forklarer hvordan hen jobber med relasjonsbygging:

Nå er jeg så godt voksen, så jeg vil i mye større grad posisjonere meg som en mor eller far, tant eller onkel ... enten det er kvinne eller mann. Da jeg var yngre forsøkte jeg å komme inn i en rolle som en eldre søsken. Det å posisjonere seg som at man får en

tillitsrolle som om man er et familiemedlem, kan være ganske viktig i møte med minoritetspersoner.

Informant D fortalte at hen jobbet annerledes for å bygge relasjon i møte med en del minoritetspersoner, blant annet kunne det å gå vekk fra prinsippet om nøytralitet - som i norsk kontekst gjerne er et kjennetegn på profesjonalitet -, være viktig. Ved å være mer personlig, opplevde hen at det ble lettere å bygge tillit og finne en slags fellesmenneskelig base på tvers av kulturforskjeller og avstand. Informant 1 reflekterer over det samme:

Det å tilby relasjon, å være relasjon, å være eksistensiell, det er ting som vanlige terapeuter ofte ikke er så gode til, fordi man ikke er opplært til det. Man er opplært til å være i en rolle og ikke være en person i kontakt med en andre.

Informant 1 fortalte at hen i tilfeller der klienten eksempelvis var vant til eller foretrakk at fagpersoner var de med kunnskap og «svar», kunne hun velge en mer autoritær og instruerende tilnærming. Informant 3 mente tillit, og det å være autentisk i møte med andre, var noe av det viktigste for å bygge «en relasjon som kan bære selv de vanskeligste temaer». Videre mente hen at man ved brudd og misforståelser, kunne reparere og ta ansvar for egne feil. Alle informantene trakk også frem tid som en viktig faktor i relasjonsbygging.

#### **5.4 Selvmordsintervensjon som individuell tilpasning**

I den siste funnkategorien vil jeg forsøke å beskrive refleksjoner og erfaringer informantene hadde rundt viktigheten av å tilpasse selvmordsintervensjonen til individet man møter - uavhengig av at det er en minoritetsperson man møter og dennes kulturelle bakgrunn. Dette gikk igjen flere steder i datamaterialet.

I intervju med informant 2 spurte jeg om hen gjorde tilpasninger i selvmords-intervensjoner med minoritetspersoner, sammenliknet med personer fra samme, norskspråklige kontekst som informant selv. Hen svarte da: «Jeg tenker at det med minoritetsbakgrunnen ikke er det som er avgjørende for hvordan samtalen arter seg ... eller for hvordan utfallet blir. Det handler mer om mennesket og personen som har sitt sett av problemer». Fokusgruppen sa seg enige i at man først og fremst møter personen som menneske til menneske. Gruppen virket opptatt av at kultur og ulikheter må veies opp mot at det er et medmenneske som

opplever smerte og motgang. Informant 3 sa det slik: «Vi må passe på å ikke gjøre det (kultur) mer eksotisk enn det det er. For mye av grunnvinklene for hva som gjør at livet ikke er verdt å leve eller oppleve er veldig lett universelt». Informant A var av samme oppfatning, og fortalte om sine erfaringer med at samtaler om selvmord kan røre ved så individuelle, sterke og personlige følelser at de kan «utviske» de kulturelle forskjellene». Smerten og situasjonen de er i blir altoppslukende, og det viktigste er å kunne bli møtt i dette. Informant B påpekte her betydningen av å møte mennesker med respekt, ydmykhet og empati, og at slike verdier og handlinger er universelle. Informant 1 mente på den andre siden at kulturelle aspekter og forskjeller som kjennetegner minoritetspersonen og relasjonen man har seg imellom, var helt avgjørende for hvordan samtalen og møtet utarter, og la primær vekt på at man må tilpasse intervensjonene til de ulike personenes kulturelle kontekst.

Fokusgruppen samtalte om hvilken påvirkning klientens kulturelle bakgrunn kan ha på gjennomføringen av intervensjonen. Flere informanter var opptatt av å ikke tillegge dette for mange forventninger, eller å ha et overdrevent fokus på kultur. De snakket blant annet om faren ved å ha en essensialistisk kulturtilnærming, og å forsøke å tolke vedkommendes handlinger og utsagn «kun» ut fra kultur. «Hvis man for åpenbart møter minoritetspersoner på en annen måte enn man møter andre på, så vil det gjerne kunne bli stigmatiserende og rart» (informant 2). Flere var opptatt av å minne om hvor store forskjeller det kan være også innad i kulturer, og at man ved å vite noe generelt om klientens kulturelle opprinnelse, ikke nødvendigvis vet så mye mer om hvordan personen ønsker å bli møtt, om personen deler holdninger som er utbredt i den kulturen, og så videre (informant A, B, D, 2, 3).

For noen informanter var det aller viktigste å ha å søkelys på å forstå mennesket ut ifra den hun eller han er i dag, men også erfaringer og opplevelser fra tidligere. Informantene var enige i at Vivat-modellen må tilpasses de unike individene man møter og situasjonen de er i.

## **5.5 Erfaringer med bruk av Vivat sin modell**

Avslutningsvis vil jeg kort belyse hva informantene mente om Vivat -modellen som verktøy, dens fordeler og ulemper. Uttalelsene under er fra informantene med kjennskap til Vivat.

Informant B forteller at hen har positive erfaringer med å bruke modellen til å få en viss

struktur på samtalen, og at den er «god og brukbar», også i ulike kulturelle kontekster. Informanten viser til at ordbruk, tilnærming og hvordan personen forholder seg til psykisk helse, uansett vil variere fra person til person. Informant B sier at når det gjelder bruk av modellen i et kultursensitivt perspektiv, er det ekstra viktig med tålmodighet. Å følge klientens tempo og som hjelper omstille seg etter vedkommendes behov. Informant A har også positive erfaringer med bruk av modellen, og referer til det tidligere nevnte eksempelet der hen gjennomførte en hel intervensjon på en indirekte måte:

Vi skal jo være direkte i at vi skal spørre lukkede spørsmål. Og når i denne meta-samtalen, så var det akkurat det som var problemet. Det var vanskelig å stille noen spørsmål, og vi brukte mye tid. Så det kan være en utfordring, men det er ikke dermed sagt at modellen ikke er gyldig. Men man må være oppmerksom på hvordan man bruker den [Vivat-modellen]. For det er absolutt plass til kultursensitivitet.

Informant A referer videre til modellens «fleksible oppbygging», og understreker at i møte med minoritetspersoner er det særlig viktig å ta seg tid under den første delen av modellen, som omhandler å bli oppmerksom på signaler og invitasjoner. Med de man opplever har en liknende kulturholdning som en selv, kan man ifølge informant A «gå mer rett på».

Informant 1 hadde et annet syn på modellen, og var tydelig på at hen bevisst ikke brukte Vivat i sin praksis:

Det er utrolig trist, fordi det er en assimilerende modell, hvor vi tar vårt eget utgangspunkt som det beste for alle. Vi tror det er lurt at man er direkte og snakker ut, og at man må ha planer og ... Altså hele den modellen passer en viss kulturell kontekst. Så det å kunne oversette VIVAT-modellen til alternative kulturelle kontekster hvor man for eksempel ikke vektlegger autonomi og ikke er så verbal ... det burde fantes et VIVAT-konsept som passer for det.

Informantenes beskrivelser av erfaringer med selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner kan oppsummeres slik: Tilpasning av kommunikasjonen, kunnskap om både systemutfordringer og kulturelle faktorer og bevissthet rundt egne verdier og holdninger er faktorer som alle spiller inn i intervensjonen. Relasjon ble også trukket frem som viktig av samtlige informanter. Universelle, menneskelige behov ble også vist til at var

minst like viktige å imøtekomme som kulturelle verdier og preferanser. I kapittel 6 vil jeg drøftet og fortolke funnene i lys av teoretiske modeller og begreper.

## **6. DRØFTING AV HOVEDFUNN**

Kapittelet er inndelt i tre; innledningsvis settes søkelyset på gjennomføring av intervensjoner i møte med minoritetspersoner og utfordringer erfart av informanter i møte med kulturelle forskjeller og hvordan kultursensitivitet kan imøtekomme utfordringene. Deretter drøftes Vivat modellens styrker og svakheter basert på informantenes svar og teori om selvmordsintervensjoner fra kapittel 2 og kultursensitivitet fra kapittel 3, før kapittelet drøfter refleksjoner på tolkning av informantenes beskrivelser vedrørende for mye kulturfokus (kulturalisering). Til slutt, kommer jeg med egne refleksjoner om selvmordsintervensjoner i møte med målgruppen og hva jeg har lært basert på informantenes svar og teoriutvalg.

### **6.1 Utfordringer i selvmordsintervensjoner og kulturelle aspekter**

Datamaterialet i denne undersøkelsen viser at informantene møter på hindringer når det gjelder gjennomføring av selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner, og ved tilrettelegging for kultursensitive hensyn. Jeg vil i det følgende se nærmere på hvordan informantenes beskrivelser og erfaringer med utfordringer og ulike dilemmaer kan tolkes og forstås ved hjelp av presentert teori fra kapittel 2 og 3.

#### **6.1.1 Kommunikasjonsferdigheter**

Kommunikasjonsferdigheter ble av samtlige trukket fram som særlig viktig i møte med minoritetspersoner med ulike kulturbakgrunner. En utfordring flere nevnte kunne eksempelvis være å finne «passende» kommunikasjonsstil med utgangspunkt i den andres behov. Informant A fortalte at det å skulle stille direkte, lukkede spørsmål, slik Vivat-modellen legger opp til ikke alltid lar seg gjøre, eksemplifisert gjennom intervensjonen hen gjennomførte i møte med en minoritetsperson som ikke kunne snakke om selvmord grunnet religion. Kommunikasjonsstilen med utgangspunkt i Vivat-modellen og den norskspråklige konteksten nådde ikke gjennom. Det har med tiden blitt et velkjent og etablert faktum at det å spørre direkte om en persons selvmordstanker- og planer er «det riktige å gjøre», og som vi har sett er både Vivat og andre selvmords-forebyggingsmodeller lagt opp til at det er en viktig del av intervensjonen (Sommers-Flanagan, 2020, Vivat, u.å). «Å stille direkte spørsmål, stilt med omsorg og respekt, viser at man bryr seg og anerkjenner den andres smerte, selv om det kan oppleves som om man bryter en kulturell norm (Helsenorge, u.å). Om man som



profesjonell unngår eller lar være å spørre om selvmord, vil handlingen kunne bli sett på som både «feig», uetisk og inkompetent (Sommers-Flanagan, 2018). Å finne andre, «kreative» og kultursensitive tilnærminger på å få avklart hvilke tanker personen i selvmordsfare har, kan i seg selv være utfordrende, noe datafunnene viste at flere hadde erfart. Når man er bekymret, og vet at det å spørre om selvmord er «riktig og profesjonelt», kan det tenkes at å *ikke* skulle spørre direkte, for noen kan skape usikkerhet i intervensjonen.

I eksempelet informant A beskrev om mannen som ikke kunne snakke om selvmord grunnet sin tro, valgte informanten som løsning å heller bruke en indirekte kommunikasjonsform. Det gjorde det mulig å få gjennomført intervensjonen, uten at det gikk på bekostning av mannens verdier og holdninger. Informant 3 fortalte også om bruk av liknende strategier, og kunne eksempelvis si «Noen mennesker tenker på å ta livet sitt når de opplever sånn og sånn. Hva tenker du om de som har det sånn?», istedenfor å spørre «har DU tanker om selvmord?». Ifølge Jávo er det viktigste for kultursensitiv kommunikasjon å ha en respektfull tilnærming. De ovennevnte tilnærmingene tar utgangspunkt i den andres foretrukne kommunikasjonsstil, og gir vedkommende muligheten til å på egne premisser kunne formidle sine selvmordstanker. Personen får gjennom dette også kontroll, og temaet blir tilgjengeliggjort for samtale uten at personen tvinges til å bli konfrontert direkte og potensielt tape ansikt (2010, s. 50).

En annen strategi som nevnes for å håndtere intervensjoner preget av lavkontekst og tydelig kollektivistisk kulturforankring, er å bruke en tredjeperson for å komme i posisjon. Informant 1 forteller at hen vurderer bruken av nettverk ut ifra om personen er mer individuelt eller kollektivt forankret, som en strategi for å relasjons- og tillitsbygging og der hen selv opplever å ikke ha tilstrekkelige ferdigheter til å manøvrere seg i den spesifikke kulturelle konteksten. I intervensjoner der personen er mer individualistisk forankret, er informanten mer opptatt av å utforske personens egne interesser, egenskaper og ferdigheter, og jobber ut ifra at personen selv har myndighet, makt og «rett» til å selv realisere seg og bygge egen framtid. Som profesjonelle hjelpere er det i ulike kommunikasjons-situasjoner viktig å kunne mobilisere ulike kulturelementer, etter hvem det er man ønsker å oppnå kontakt med. Eksempler på dette kan være graden av direkthet og indirekthet, emosjonalitet, bruk av metaforer, med mer (Dahl 2015, s. 88). Å kunne møte klienter ulikt, er en viktig forutsetning

for å sikre likeverdige tjenester. Dette handler om alt i fra måten man kartlegger og innhenter informasjon på, til hva man spør om og vektlegger, til hvordan man samarbeider og tilpasser behandling og oppfølging til den enkeltes behov og situasjon (2010, s. 193-194, 199).

### **6.1.2 Å oppdage og møte ulike kulturelle aspekter**

Informanter fortalte også om hvordan kulturelle aspekter gjør seg gjeldende i intervensjoner, og krever tilrettelegging og tilpasning fra hjelperne for å drive intervensjonen videre. Informant D tematiserte hvor utfordrende det kan være å fange opp kulturelle aspekter av betydning, og å vite om man forstår og tolker det som foregår i samtalen riktig. Dette er et sentralt aspekt ved interkulturell kommunikasjonsteori: hvordan parters kulturelle referanser preger budskapene som tas imot og tillegges mening. Ifølge Dahl går alle våre budskap og handlinger gjennom «kulturfiltre», og det sier seg selv at det ikke alltid er mulig å vite hva som kommuniseres i en dialog (2015, s. 91). Som profesjonell kan man føle et ekstra ansvar og ønske om å være en av de som forstår og klarer å forholde seg til kulturelle aspekter. Blant annet fordi man vet at det å kunne prate med andre uten å måtte anstrenge seg eller være redd for å misforstå er noe minoritetspersoner kan lengte etter, spesielt i noen akkulturasjons- og kultursjokkfaser (Dypedahl & Bøhn, 2017, 140-144). Videre kan minoritetspersoner bekymre seg for å dele tanker om selvmord, i frykt for å bli møtt med fordømmelse og skam (av både helsepersonell og eget nettverk). Spesielt sårbare er kanskje de med kort botid, som også gjerne har reduserte muligheter til å formidle tanker og følelser på eget emosjonelt språk. Å bistå med å tilrettelegge for at også de kan få uttrykke og formidle sine selvmordstanker utifra sin bakgrunn, kommunikasjonsstil og kulturelle referanseramme er en viktig del av selvmordsintervensjoner (RVTS, u,å).

Informantene var opptatt av metakommunikasjon som metode for å tilrettelegge selvmordsintervensjoner for minoritetspersonen i selvmordsfare. I tilfeller der kommunikasjonsstilen, kulturelle aspekter eller andre ting er uklart, beskrev flere informanter metakommunikasjon som en måte å få mer klarhet og forståelse. Et eksempel kan være «sett at jeg spurte deg om – (temaet), hva ville du tenkt om det?». Forskning viser at metakommunikasjon i selvmordsintervensjoner vil være nyttige for hjelperen å ha

ferdigheter i, da det er svært vanskelig å skulle «gjette seg frem til» hvordan personen kan få uttrykt sine tanker basert på sin bakgrunn, kommunikasjonsstil og kulturelle referanseramme (RVTS, u.å). I forbindelse med informant D sitt eksempel om personen som ble forvist fra familien, der det både var språkutfordringer og ulike kulturelle referanserammer, kunne kanskje metakommunikasjon vært en metode for å i større grad oppnå en felles forståelse og dempe usikkerhetsmomenter. Jávo (2010) og Dypedahl og Bøhn (2017) støtter opp under metakommunikasjon som en viktig ferdighet i kultursensitivitet, i kombinasjon med å ha generell kunnskap om ulike kulturer og deres verdiforankring, som igjen kan gjøre det lettere å være åpen for, og å tolke ting på andre/flere måter, ettersom man vet at handlinger og gjerninger kan ha ulike meninger avhengig av kultur og kontekst (Dahl 2013).

I selvmordsintervensjoner er det mye som står på spill, og budskapene som sendes er av stor betydning. Informant 3 reflekterer rundt kommunikasjonens kompleksitet i møte med minoritetspersoner, og hvordan de ulike elementene i kommunikasjon består av kan påvirke og være med på å imøtekomme og oppdage kulturelle aspekter.

Å snakke om selvmord er tabu. Å ønske å ta livet sitt er tabu. Det er tabubelagt i alle kulturer, men i noen enda mer. Timing, grad av direktehet, valg av ord og tone, alt har noe å si for hva du muliggjør og fanger opp i samtalen. Å fange opp hva som handler om kulturelle aspekter versus hva som i større grad handler om diagnose og andre ting, kan være krevende å skille fra hverandre. (Informant 3)

Kommunikasjonsferdigheter og kunnskap hos hjelpere er med på å påvirke hvordan hjelpere møter minoritetspersoner, og har ifølge Jávo mye å si for graden av opplevd støtte og ivaretagelse. Dette kan igjen påvirke den faktiske helsehjelpen de får, ettersom negative opplevelser minoritetspersoner har fra møter med ansatte i hjelpeapparatet, kan resultere i hjelpeløshet, frustrasjon og sinne (2010, s. 50). Flere informanter fortalte at de selv stort sett hadde positiv mestringsfølelse i det å forholde seg til og møte ulike holdninger og verdier, men funnene viste også at noen informanter kunne oppleve utfordringer med dette. Informant D fortalte om en intervensjon med en person som hadde blitt forvist fra sin familie og nettverk, og opplevde det som krevende å «akseptere» forvisningen, og sette seg inn i konteksten personen både levde i og forholdt seg til. Informant D sa hen i slike tilfeller

kunne føle seg utilstrekkelig, og lure på hva noen med en likere kultur- og verdibakgrunn ville sagt og gjort for å drive intervensjonen videre. Ifølge Jávo er noe av det viktigste for kultursensitiv kommunikasjon å forstå når og i hvilken grad kulturelle forskjeller påvirker interaksjonen. Noen selvmords-intervensjoner er preget av å være det som i kapittel 3 beskrives som *lavkontekst-kommunikasjon*, der referanserammene er svært få, og bakgrunnen til personene som kommuniserer svært forskjellig. Det meste vil da være nødvendig å forklare og fortelle eksplisitt, og det er vanskelig å ta noe for gitt (Dahl, 2015, s. 97-98).

Informant D var av de med kortest arbeidserfaring, og Informant D sin opplevelse kan ikke sies å være representativ for alle, men er med på å belyse noe av feltets kompleksitet og hvordan ulike hjelpere forholder seg til kultursensitivitet i praksis. I forbindelse med beskrivelsen av opplevd utilstrekkelighet i møter med ukjente kulturelle aspekter, kan det også tenkes at det blir vanskeligere å se hva som kan forklares ut ifra kultur og ikke, og å også si og gjøre ting som for den andre kan oppleves feil eller ikke-støttende. Som belyst i kapittel 1 er diskriminering og rasisme noe mange opplever og forholder seg til som følge av sin kulturelle bakgrunn og opprinnelse. Eksempelet til informant D handler ikke direkte handler om dette, men i forbindelse med usikkerhet og de situasjonene der man som hjelper ikke fanger opp eller klarer å forholde seg til kulturelle aspekter på en respektfull, sensitiv måte, vil resultatet kunne bli diskriminerende. Diskriminering og rasisme ble i liten grad tematisert i undersøkelsen, men det er verdt å nevne, som en del av hjelperens ansvar og som en del av konsekvensen av det å ikke være kultursensitiv i verste fall kan føre til. Helsepersonell som tar utgangspunkt i majoritetsbefolkningens helseprofil, og som mangler kunnskap og kompetanse om vanlige livs- og helseutfordringer minoritetspersoner lever med, kan i større grad risikere å være med på å opprettholde utenforskap og stigmatisering. Ansvar for å forebygge dette gjelder også i selvmordsintervensjoner. Følelsen av at symptomer ikke blir tatt på alvor på grunn av at man har en innvandrerbakgrunn kan være med på å gjøre at personer isolerer seg og unngår å benytte seg av helsetilbud (Diaz & Kumar, 2018).

### 6.1.3 Kunnskap om og respekt for ulike former for minoritetsstress

En del av livs- og helseutfordringene mange minoritetspersoner lever med, handler om utfordringer på systemnivå. Funnene fra undersøkelsen viste at flere informanter (B, C, D, 2 & 3) kunne oppleve dette som utfordrende å forholde seg til i en intervensjonssituasjon. Informant B delte hvordan ansatte på asylmottak gjennomførte krevende intervensjoner i etterkant av at beboere hadde fått utsendelsesbrev, der det å finne og støtte opp under livsvilje var krevende. Som offentlig ansatt i «systemet» kunne det i en slik kontekst være vanskelig å oppnå tillit, og handlingsrommet for hjelpere var ofte begrenset. Å leve med en slik risiko og høy grad av akkulturasjonsstress over tid, kan føre til at personer går inn i det Varvin beskriver som en smertefull «spøkelsesaktig tilstand» der man verken sørger eller beveger seg fremover (2015, s. 146-147). En del av Vivat sin modell for selvmordintervensjons innebærer blant annet å lage og iverksette en plan med vedkommende, hvor målet er å berge liv, og videre bruke hjelperessurser i samfunnet. Informant C støttet opp under at slike intervensjoner kunne være krevende, blant annet fordi situasjonen for mange forblir uendret i mange år, og det finnes få «hjelperessurser» i slike situasjoner. Slik jeg tolker funnene fra undersøkelsen som omhandlet dette, opplevde noen hjelpere en form for avmakt og hjelpesløshet som er annerledes enn i andre intervensjoner. Informant 3 sammenlikner det å ha hatt et vanskelig brudd med kjæresten, versus å ha fått utkastelsesordre fra UNE i en intervensjons-setting:

Den ene vet du med sikkerhet ... nesten med sikkerhet ikke vil ende med katastrofe på lang sikt. Den andre vet du ikke, den får du ikke gjort så mye med. Noe av det som er det farligste i den type arbeid, er å gi folk falskt håp.

Informantene viste også til at faktorer som asylstatus, oppholdstillatelse og det å leve med en konstant trussel om å kunne bli utsendt fra landet var temaer informant (bl.a C) hadde erfaring med at ble tematisert i intervensjoner. Det fremstod for meg som om dette temaet var noe noen informanter var ekstra opptatt av (blant annet informant B og C), da de hadde konkrete erfaringer som tilsynelatende hadde gjort inntrykk og skapt engasjement. Mens eksempelvis informant A opplevde ingen spesiell forskjell til det systemutfordringer versus andre, og sa at uansett hva grunnen til at personen ville ta selvmord var, så opplevdes den

som overveldende og umulig å forholde seg til for den personen. Informant A delte i fokusgruppen om sin tilnærming:

... Vi skal ikke gi håp.. vi skal finne den delen av dem som ønsker å leve, på tross disse store utfordringene. At det går an å holde seg trygg her og nå, og å se hva som skjer. For vi vet jo ikke hva som skjer. Tenk om ting går fint likevel?

Vanlige emosjoner som kan knyttes til selvmord, er blant annet fortvilelse, sinne, skam, skyldfølelse, anger, selvforakt, følelse av verdiløshet og meningsløshet, fremmedgjøring, maktesløshet, tap av kontroll og (eksistensiell) ensomhet/isolasjon (Hjelmeland, 2022, s. 222). Det finnes mange ulike grunner som kan få et menneske til å føle de ovennevnte emosjonene, blant annet å risikere utsendelse. Selvmord kan best forstås i lys av en persons livshistorie, og alt det den innebærer (Hjelmeland, 2022 s. 356). Informant 3 fortalte at hen i intervensjoner med systemutfordringer som grunn, var opptatt av å unngå å gi falskt håp, og heller fokusere på måter å forholde seg til situasjonen på og å utforske de delene av livet som kan gjøre det verdt å utsette selvmordet. Systemutfordringer kan slik jeg tolker det håndteres på samme måte som intervensjoner med andre temaer, og kultursensitivitet som strategi i slike tilfeller handler mer om å ha respekt for og kunnskap om konsekvenser av minoritetsstress og hva som finnes av løsninger og støtte (Harris et al., 2006).

## **6.2 Vivat modellens styrker og svakheter i lys av teori og forskning**

Oppgavens forskningsspørsmål handler blant annet om Vivat-modellen, og hjelperes erfaringer med bruk av den i et kultursensitivt perspektiv. Beskrivelsene hittil har vist delte meninger om modellen og dens gyldighet, noe jeg i det følgende vil forsøke å tolke og analysere hva handler om.

Vivats selvmordsintervensjon har til hensikt å sikre ivaretagelse av personer i selvmordsfare på en fordomsfri og respektfull måte (Vivat, u.å). Selvmordsintervensjoner er i seg selv viktige for å få etablert en konstruktiv dialog om det som faktisk står på spill, nemlig at vedkommende står i fare for å dø, uten at han eller hun føler seg misforstått, eller at hjelperen bare ønsker å bli ferdig med samtalen. Basert på undersøkelsens funn og tidligere presentert teori om selvmordsintervensjoner og kultursensitivitet, fremstår modellen i seg

selv som et viktig og nyttig redskap i møte med selvmordsadferd- og bekymring for selvmordsfare. Men hvordan den utføres i praksis og tilpasses den enkelte, viser funnene at har noe å si. For å unngå diskriminering og utenforskap er det avgjørende at fagfolk har kompetanse i å forstå klienters kommunikasjonsmåter, kulturelle verdier og språk (Jávo, 2010, s. 50). Dette gjelder også i selvmordsintervensjons-kontekster, der resultatet av intervensjonen kan bli fatalt, eller at personen opplever seg dømt, avvist eller påført skam. Som informanter i dette studiet har påpekt, er det viktig å kunne forstå og håndtere de kulturelle referanserammene som påvirker interaksjonen. Kultursensitivitet er en kombinasjon av kunnskap og ferdigheter som må trenes opp for å bli realisert (Jávo, 2010, s. 160). Dette krever med andre ord fokus, engasjement og prioritering for å oppnå.

Slik evalueringene av Vivat viste (se kap.2.2.3) er det at kursene er lagt opp både teoretisk og praktisk svært nyttig for at hjelpere blir trygge nok til å agere ved bekymring for selvmord, noe de Vivat-sertifiserte informantene i denne studien også bekreftet. Som informant A påpekte, i forbindelse med modellens muligheter for kultursensitivitet, innebærer førstehjelps-kurset en verdi- og holdningsbevisstgjøringsdel der bevissthet og aksept rundt egne og andres holdninger, kultur og verdier tematiseres (Vivat, u.å). Basert på funnene om utfordringer informantene kunne oppleve i møte med minoritetspersoner, fremstår det som om mye av ansvaret for å «gjøre» modellen kultursensitiv og tilrettelagt, blir lagt på hjelperne selv og i stor grad er avhengig av deres kulturkompetanse og interesse for kultursensitivitet fra før av. Siden det ikke er formelle krav til hvem som kan bli Vivat-sertifisert, vil graden av kompetanse og ferdigheter innen kultursensitivitet kunne variere veldig. Dette kan med bakgrunn i undersøkelsen sies å være et svakt punkt ved modellen.

Forskningen som ble presentert i kapittel tre, viser selvmordsintervensjoner som en komplisert og sårbar form for samtale som påvirkes gjensidig av kontekst, hjelper og personen i fare. Dette er noe av grunnen til at standardiserte modeller for intervensjoner ble utviklet, med konkrete «oppskrifter» og «treningskurs» (Sommers-Flanagan, 2020, Tallaksen, m.fl. 2013, Vivat, u.å). Informantene med Vivat-sertifisering, foruten om informant 1, var i stor grad enige om at modellen var både brukbar og gyldig, også i møte med minoritetspersoner med andre kulturelle bakgrunner. Informant B, 2 og D påpekte at de opplevde at modellen gav de en struktur på samtalen som kunne være krevende å finne på

egenhånd. Forskning tilsier at økt kunnskap og praktisk trening på å ha samtaler om selvmord, øker sjansen for at personen i fare blir oppdaget og får hjelp til å se og velge andre muligheter (Sommers-Flanagan, 2020, Tallaksen m.fl., 2013). Undersøkelsens funn vedrørende dette kan dermed sies å samsvare med tidligere forskning.

Informant 1 stilte seg tydelig kritisk til Vivat-modellen (og generelt bruk av standardiserte modeller), med en oppfatning om at fagfolk i for stor grad lener seg på modeller. Som følge av dette mente informanten at fokuset på å tilpasse modellen til hvert individ ble forsømt: «Jeg tror det største problemet vi har som hjelpere, er at vi tror at metodene er hellige i seg selv, men så er skreddersøm helt nødvendig» (informant 1). Videre at modellen i seg selv er problematisk å tilpasse til andre kulturelle kontekster, ettersom den er konstruert og designet for én kulturell kontekst. Professor og selvmordsforsker Colucci (2013) fra Australia deler informantens syn på modellens overførbarhet til andre kulturelle kontekster. Ifølge Colucci er individets unike art og opplevelse av mening vs. meningsløshet det mest sentrale for kultursensitive selvmordsintervensjoner. Hjelmeland mener modeller for selvmordsintervensjoner ikke bør tilpasses en lokal kontekst, men heller utvikles på nytt fra bunnen av i den aktuelle konteksten modellen er ment for (2013, s. 35).

Det er en assimilerende modell [Vivat], hvor vi tar vårt eget utgangspunkt som det beste for alle. Sånn som vi tror det er lurt at man er direkte og snakker ut.. og man må ha planer og ... Hele den modellen passer én viss type kulturell kontekst.  
(Informant 1)

Informant A mente derimot at «modellen har absolutt plass til kultursensitivitet». Informantene i fokusgruppen var enige med informant A om dette, samtidig som de var opptatte av tilpasninger som fikk modellen til å samsvare med en persons situasjon og bakgrunn. Informant B fortalte at det kunne være utfordrende å tilpasse modellen til ulike kulturelle kontekster, men at det i seg selv ikke betød at modellen dermed var ugyldig.

De delte meningene slik jeg forstår de, handler delvis om den generelle bruken av standardiserte modeller vs. individuell tilpasning, og til dels om modellens innhold er mulig å tilpasse med kultursensitivitet eller ikke. Flere påpekte at modellen uavhengig av kultur



måtte tilpasses til hver enkelt person. Informant A refererte i den sammenheng til modellens «fleksible oppbygging», der man som hjelper og utifra hvem man møter, står fritt til å tilpasse og utføre de forskjellige trinnene. Informant A la til at det i møte med minoritetspersoner bør fokuseres enda mer på å bruke tid i den første delen av modellen («å bli oppmerksom på signaler og invitasjoner»), sammenliknet med om man møter noen med en mer individualistisk, «vestlig» preferanse der det er naturlig å gå «mer rett på». Informant B oppsummerer det slik: «Det er en god modell, man må bare ha to tanker i hodet samtidig».

Flere millioner forsøker å ta sitt liv hvert år, og behovet for kunnskap og fokus på selvmordsforebygging er enormt (LivingWorks, 2013, WHO, 2019). Bak ethvert selvmord finnes en unik og kompleks historie og adferd, og det finnes med andre ord ingen enkel oppskrift på hvordan man kan oppdage og stoppe folk fra å ta livet sitt (LivingWorks, 2013, Hjelmeland, 2022). Det er derfor svært viktig at det finnes kurs, at det finnes modeller og andre virkemidler som er med på å øke kunnskaps- og beredskapsnivået generelt. Men, det er minst like viktig at disse modellene er gyldige for *alle*, majoritets- og minoritetsgrupper. Kultursensitivitet som redskap kan nettopp være med på å til dels realisere dette, da man med en kultursensitiv tilnærming i større grad vil kunne tilpasse og tilrettelegge modeller for ulike kontekster, grupper og ikke minst, individer. Kritikken fra Hjelmeland og Colucci på standardiserte modeller er viktige perspektiver å ha med seg ved bruk av modeller, samt betydningen kulturelle aspekter og kontekster har for hvordan modeller kan og bør brukes. Å strebe etter å utvikle, nyansere og utnytte selvmordsintervensjoners potensiale for å i større grad kunne nå ut til minoritetspersoner som oppholder seg i Norge, og som er «nødt» til å forholde seg til en norskspråklig setting på godt og vondt, også når de er i livskriser og har det så vondt at de vil dø, er dermed å anse som viktig for det selvmordsforebyggende arbeidet i Norge. Jávo beskriver kultursensitivitet for henne som psykiater som et verktøy hun er «avhengig av» for å kunne gi riktig og god behandling, da kultursensitivitet gjør det mulig å i større grad oppdage og forstå kulturelle faktorer som påvirker kommunikasjon og sosial interaksjon (Jávo, 2010, s. 158-159).

### 6.3 Kulturfokus i intervensjoner - Kulturalisering eller kultursensitivitet?

I løpet av undersøkelsen har kultursensivitetsens betydning for selvmordsintervensjoner og møter med minoritetspersoner blitt tematisert. Informantene (og presentert forskning) har bidratt med beskrivelser og nyanser rundt ulike måter å forstå og forholde seg til kultur og kulturers betydning på, og jeg ønsker i det følgende å drøfte disse aspektene ved funnene.

En viktig del av kultursensitivitet i selvmordsintervensjoner, går ifølge Colucci ut på å forstå og utforske hva handlingen om et selvmord representerer og betyr for *det* individet, i *den* kulturelle gruppen individet tilhører (2013, s. 40-41). Informant 1 sine perspektiver fremstår å samsvare med Colucci sin oppfatning om å vektlegge tilhørigheten til den kulturelle gruppen, og at den kulturelle verdiforankringen vedkommende har, har mye å si for hvordan man bør møte og tilnærme seg en person i selvmordsfare:

Jeg er opptatt av den andres verdisett når de formidler seg om hvordan de har det. Det går på forskjellige dimensjoner, både på sånne ting som om man er kollektivt eller individuelt forankret i sitt verdisett ... Om man ønsker å være direkte om problemer eller om man foretrekker å være sirkulær, indirekte, hvor mye emosjonalitet det skal være i samtalen. Hvis du har en person som er mer kollektivistisk orientert og er bekymret for selvmord, så vil jeg kanskje jobbe via en mekler.

Flere av de andre informantene fremstod å være mer preget av en «både/og»-tenkning når det gjaldt fokus på kultur versus andre allmennmenneskelige faktorer, og var i større grad opptatt av forskjellene som også finnes innad i ulike kulturer. «Ved å vite noe om etnisk og kulturell opprinnelse, kan man ikke nødvendigvis si at man vet noe mer om hvordan personen ønsker å bli møtt, eller om personen deler holdningen som er utbredt i den kulturen» (informant 2). Globalisering og migrasjon har bidratt til man i dag ofte finner «blandingskulturer», der ulike elementer fra ulike kulturer har smeltet sammen og tatt ny form. Variasjonen fra individ til individ kan være stor, selv om man har samme nasjonalitet og er i samme etniske gruppe (Dahl 2013, s. 46). I avsnittet «individuell tilpasning» beskrives informantenes utsagn vedrørende viktigheten av individets egenart og det som kan beskrives å være universelt og menneskelig. Informant A påpeker viktigheten av å ikke gjøre kultur mer eksotisk enn det er, ettersom grunnlaget for hva som gjør at livet ikke er verdt å

leve gjerne er universelt. «Det med minoritetsbakgrunnen er ikke det som er avgjørende for hvordan samtalen arter seg ... eller for hvordan utfallet blir. Det handler mer om mennesket og personen som har sitt sett av problemer» (informant 2).

Grunnleggende kan man si at kultur er menneske-skapt, og noe vi *alle* har (Dahl, 2013, s. 34). Å forstå språk, koder og regler rundt seg kan sies å være en viktig del av å tilhøre og representere en kultur (Salole, 2018, s. 77). Mennesker har «blinde flekker» for sin egen kulturelle påvirkning, og andres kulturelle påvirkning kan dermed fremstå som tydeligere og mer fremtredende. Dette er med på å gjøre at vi som mennesker har en tendens til å bruke kultur som forklarende eller unnskyldende faktor for atferd hos andre, men ikke hos oss selv. Kultur kan som følge av dette fenomenet, kalt *kulturalisering*, få overdreven betydning (2018, s. 77). Samtlige informanter var enige i at kultursensitivitet som kompetanse og tilnærming i selvmordsintervensjoner er viktig. Det informantene tilsynelatende hadde mer delte meninger om, var graden av fokus og vekt på kultur som utgangspunkt for forståelse, tilnærming, adferd osv. Det er like viktig å trekke frem og fokusere på fellesnevnerne på tvers av kulturelle grupper når det kommer til meningsskaping og selvmordsadferd, istedenfor å forvente store kulturelle forskjeller. Et overdrevent fokus på hvor forskjellige ulike kulturer kan se ut, kan potensielt bygge opp under stereotyper og fremmedgjøring. Det universelle og det spesifikke er like viktige komponenter når det gjelder selvmord. En viktig del av kultursensitivitet i selvmordsintervensjoner, går derfor ut på å forstå og utforske hva handlingen om et selvmord representerer og betyr for *det* individet, i *den* kulturelle gruppen individet tilhører, heller enn å tenke at det finnes én riktig mal, eller én riktig måte å gjennomføre en selvmordsintervensjon på (Colucci, 2013, s. 40-41).

Ifølge Jávo, Colucci og Hjelmeland har kultursensitivitet en essensiell rolle for alt intervensjonsarbeid. Selvmord handler i stor grad om hva slags liv mennesker lever og hvordan de lever de, og som følge blir også kulturforståelse og det å ha en kultursensitiv tilnærming som hjelper, viktig og sentralt for selvmordsintervensjoner (Hjelmeland, 2013, s. 9). Slik jeg tolker det er ikke dette en motsetning til det å ha fokus på allmenmenneskelige faktorer og individuelle behov, uavhengig av kultur. Perspektivene fremstår heller som utfyllende og avhengige av hverandre for å virkelig gi mening. Undersøkelsens funn altså at at begge deler; å ta hensyn til kulturelle aspekter, men og å se mennesket som individ, er viktige.

## 7. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Jeg har delt oppgavens siste kapittel inn i to deler: Hovedfunn og konklusjoner, og til sist, veien videre. Kapittelet har til hensikt å oppsummere og konkludere undersøkelsens funn, samt reflektere rundt oppnådd læring og forskningsnytte ved prosjektet.

### 7.1 Hovedfunn og konklusjoner

Med denne studien ønsket jeg å stille spørsmål ved måten man gjennomfører selvmordsintervensjoner med minoritetspersoner på, med utgangspunkt i Vivat selvmordsforebygging sin modell «Førstehjelp ved selvmordsfare». Jeg ønsket jeg å se nærmere på nærmere på modellens overførbarhet og effektivitet når det gjelder selvmordsforebygging i møte med minoritetspersoner, på bakgrunn av at modellen er utarbeidet i en vestlig kulturell kontekst. Med tanke på hvor stor del av befolkningen i Norge i dag som kommer fra og i stor grad forholder seg til ikke-vestlige kontekster, var jeg nysgjerrig på hvordan hjelpere tar hensyn til kulturell bakgrunn, verdier, språk, kommunikasjonsformer, akkulturasjonsstress og mer, i intervensjoner. Forskningsspørsmålet for studien er «Hvordan kan kultursensitivitet hos Vivat-sertifiserte hjelpere bidra til å tilrettelegge selvmordsintervensjoner for minoritetspersoner i en norskspråklig kontekst?». Konklusjonen ut fra funn i forskningen er at flertallet opplevde Vivat sin modell som både nyttig og gyldig, men opplevde noen utfordringer ved bruk av den (og andre standardiserte selvmordsintervensjonsmodeller) i møte med minoritetspersoner. For å møte disse utfordringene og tilrettelegge selvmordsintervensjonen til personen i fare, brukte samtlige informanter aktivt ulike ferdigheter og kunnskaper innen kultursensitivitet. Å kunne omformulere og tilnærme seg samtalen og konfrontasjonen om selvmordstanker på ved hjelp av alternative og mer indirekte kommunikasjonsstiler, å ha generell kulturkompetanse, bevissthet rundt egne holdninger og verdier, samt relasjonsarbeid ble blant annet trukket frem som mest essensielt for bruk og tilrettelegging av Vivat-modellen og selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner. Funnene viste også at individuell tilpasning, og unngå å et overdrevent kulturfokus som i praksis kan føre til *kulturalisering*, også var viktig å ha bevissthet om og fokus på som hjelper.

Funn i denne undersøkelsen og tidligere forskning (Colucci et al., 2013, Hjelmeland, 2022,

Jávo, 2010) tyder på at Vivat-modellen (og andre modeller) er både relevant(e) og overførbar(e) i møte med minoritetspersoner, men avhengige av at hjelpere mestrer å tilpasse selvmordsintervensjoner ved hjelp av kompetanse i kultursensitivitet for å håndtere kulturelle aspekter som på ulike måter påvirker intervensjonen. For meg personlig har denne forskerprosessen ført til økt refleksjon og bevissthet knyttet til selvmordsintervensjoner i et kultursensitivt perspektiv, og hvilke muligheter og begrensninger som finnes ved bruk av Vivat sin modell i møte med minoritetspersoner, og hvilke ferdigheter som kan være nyttige for å håndtere ulike utfordringer.

Selv om jeg har forsøkt å planlegge undersøkelsen etter beste evne, ser jeg også svakheter den. For å nevne noe kan min egen forforståelse ha preget tolkningen av funnene, og ettersom jeg aldri har forsket før, har jeg måttet lære mye underveis og til tider vært usikker på hvordan det er «best» å gjøre ting. En annen svakhet kan sies å være at kun 4 av de 7 informantene var Vivat-sertifiserte, og at det på det grunnlaget er vanskelig å konkludere med noe overbevisende når det gjelder Vivat sin modell.

## **7.2 Veien videre**

Som tidligere nevnt, eksisterer det lite kvalitativ forskning når det kommer til selvmordsforebygging, intervensjoner og kultursensitivitet (Colucci et al., 2013, Hjelmeland, 2022). Når det gjelder Vivat-modellen er det gjennomført flere evalueringer, men ingen knyttet til bruk og praksis knyttet til minoritetsbefolkningen. Denne undersøkelsens funn kan ikke brukes til å generalisere hvordan kultursensitivitet hos Vivat-sertifiserte hjelpere kan tilrettelegge for selvmordsintervensjoner for minoritetspersoner i en norskspråklig kontekst. Men, undersøkelsen kan bidra til å gi innsikt inn i enkelte fagpersoners erfaringer og opplevelser med bruk av Vivat-modellen (og andre modeller) i møte med minoritetspersoner, og videre skape refleksjon rundt kultursensivitets rolle og plass i intervensjonsarbeid og en psykisk helsemessig kontekst.

Om jeg skulle anbefalt videre forskning ut ifra mine funn, mener jeg det ville vært relevant å gjennomføre flere kvalitative studier som omhandler bruk av

standardiserte modeller for selvmordsintervensjoner, særlig da med fokus på ulike kulturelle kontekster. På bakgrunn av studiens resultater foreslår jeg som tiltak å ha et økt fokus på kultursensitivitet som en del av Vivat sine kurs, og videre å sikre at kompetanse om både kultursensitivitet og selvmordsintervensjoner får et større fokus i grunnutdanningen for helse- og sosialfaglige utdanninger.

## LITTERATURHENVISNING

- Abebe, D.S., Lien, L. & Hjelde, K.H. (2014, 16. februar). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Junior Immigrant Minor Health* 16(1): 60-7. Doi: 10.1007/s10903-012-9745-9.
- Andersen, B. & Skrede, J. (2023). *Intervju som metode*. Cappelen Damm Akademisk.
- Askeland, G. (2006). Kritisk reflekterende – mer enn å reflektere og kritisere. *Nordisk sosialt arbeid*, 26(2), s. 129-130.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2006-02-04>
- Blackmore, R., Boyle, J.A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K.M., Fitzgerald, G., Misso, M. & Gibson-Helm, M. (2020, 21. September). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9). doi: 10.1371/journal.pmed.1003337.
- Bronstein, I. & Montgomery, P. (2011, mars). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Childrens Family Psychology* 14(1), s. 44-56.  
10.1007/s10567-010-0081-0.
- CAMS-Care. (2023). Becoming Cams Trained. *The only authorized source for training in the CAMS Framework*. Hentet den 4. desember 2023 fra <https://cams-care.com/training-certification/cams-trained/>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahlum, S. (2021, 9. mars). Validitet. I *Store norske leksikon*. Hentet 1. desember 2023 fra <https://snl.no/validitet>
- Departementene. (2020a). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Dypedahl, M. & Bøhn, M. (2017). *Veien til interkulturell kompetanse*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Fandrem, H. (2011). *Mangfold og mestring i barnehage og skole. Migrasjon som risikofaktor og ressurs*. Høyskoleforlaget AS.

- Fjeld-Solberg, Ø., Nissen, A., Cauley, P. & Andersen, J.A. (2020). Mental health and quality of life among refugees from Syria after forced migration to Norway. Main findings from the REFUGE study. *Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies* 1(20).
- Folkehelseinstituttet. (2019, 8. april). Fant sammenheng mellom opplevd diskriminering og psykisk helse. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/fant-sammenheng-mellom-opplevd-diskriminering-og-psykisk-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2022a). Dødsårsaksregisteret [database]. Hentet 07.09.2023 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Furuset, I. & Everett, E.L. (2020). *Masteroppgaven – hvordan begynne – og fullføre*. (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk - teori og praksis*. (3. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Glenn, C.R, Kleiman, E.M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C.B., Esposito, E.C., Porter, A.C., Wyman, P.A. & Boatman, A.E. (2019, 1. august). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates among adolescents. *The journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3). <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Guribye, E., Sandal, G.M. & Oppedal, B. (2011). Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International Journal of Mental Health Systems* 5(9). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-9>
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper*. (3. utg.). Samfundslitteratur.
- Helmiksstøl, Ø. (2014, 5. mars). Hva er galt med selvmord? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), s. 224-235. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2014/03/hva-er-galt-med-selvmord>
- Helsedirektoratet. (2019). *Evaluering av Vivat selvmordsforebygging*. For Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://vivatselvmordsforebygging.net/wp-content/uploads/2020/04/Evalueringsrapport-fra-BDO.pdf>



- Hjelmeland, T. (2022). *Selvmondsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm AS.
- International Association for Suicide Prevention. (u.å). Hentet den 8. November 2023 fra <https://www.iasp.info/wspd/references/>
- Javo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Universitetsforlaget
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5 utg.). Abstrakt forlag.
- Jordhus-Lier, D. (2023). *Fokusgrupper som metode*. Cappelen Damm Akademisk.
- Kaplan, G. (2018, januar). *Manitoba Education and Training. A Formative Evaluation of the SafeTALK Program in Manitoba*. Kaplan Research Associations Inc.
- Kumar, B. N., & Diaz, E. (2019). *Migrant Health. A Primary Care Perspective*. CRC Press.
- Levecque, K. & Van Rossem, R. (2015, 11. februar). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnic Health*. 2015;20(1):49-65. doi: 10.1080/13557858.2014.883369.
- LivingWorks. (u.å). *Evidence & Impact. Why Suicide Prevention Matters*. <https://livingworks.net/evidence-impacts/>
- LivingWorks (2013, 3. april). *Evidence in Support of the Asist 11 Program*. LivingWorks Education. Hentet fra: <https://vivatselvmondsforebygging.net/wp-content/uploads/2015/04/Evidence-in-support-of-the-ASIST-11-program.pdf>
- Madsen, B.T., & Tallaksen, D.W. (2017, 2. februar). Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare». Noe mer enn et førstehjelpskurs? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 14(2), s. 166-177. Universitetsforlaget. Kan hentes fra <https://vivatselvmondsforebygging.net/wp-content/uploads/2018/11/Kurset-%C2%ABF%C3%B8rstehjelp-ved-selvmondsfare%C2%BB.-Noe-mer-enn-et-f%C3%B8rstehjelpskurs-.pdf>

- Maxwell, J. A. (2009). Designing a Qualitative Study. I Bickman, L. & Rog. D. J. (Red.), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods*. (2. Utg.). SAGE Publications, Inc.
- Midtbøen, A.H. & Lidén, H. (2016, 13. januar). Kumulativ diskriminering, s. 3-26. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2928-2016-01-01>
- Niagara Region. (2015, januar). *Evaluation of SafeTALK Training in a Convenience Sample of 500 Niagara Region Residents, Health Professionals and Volunteers*. Evaluation of SafeTALK. <https://www.niagaraknowledgeexchange.com/wp-content/uploads/sites/2/2015/08/SafeTALK-Report-2014-FINAL2.pdf>
- Odden, G. (2019). *Internasjonal migrasjon. En sammfunnsvitenskapelig innføring*. Fagbokforlaget.
- Pascoe, E.A. & Richman, L.S. (2009, 13. Juli). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 5(4), s. 531-54. doi: 10.1037/a0016059.
- RVTS Vest (2023). *Elever med minoritetsbakgrunn. Kultursensitiv selvmordsforebygging*. Hentet den 1. desember 2023 fra <https://rvtsvest.no/elever-med-etnisk-minoritetsbakgrunn-kultursensitiv-selvmordsforebygging/>
- RVTS Øst (2023, 1. mars). *Minoritetsgrupper og selvmordsrisiko*. Hentet den 4. oktober fra <https://www.snakkomselvmord.no/minoritetsgrupper-og-selvmordsrisiko/>
- Sommers-Flanagan, J. (2018). Conversations about suicide: Detecting and Assessing Suicide Risk. *Journal of Health Service Psychology* 44, s. 33-45. Hentes fra: <https://johnsommersflanagan.files.wordpress.com/2019/03/conversations-about-suicide-by-jsf-2018.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå, *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. 6. mars 2023. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

- Statistisk Sentralbyrå, *Personer med flyktningbakgrunn*. 6. mars 2023. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M.L., Reneflot, A., Zahl, P.H., Myklestad, I., et al. (2022, 16. november). Selvmord i Norge. I: Folkehelse rapporten – Helsestilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet Hentet den 20. september fra <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=#selvmord-i-norge-status-og-utvikling>
- Svanøe, K. L. (2006). "Fra LIVINGWORKS til VIVAT: en metamorfose." *Embla. Fagtidsskrift for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, årg. 10, nr 2*, side 26-30.
- 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. *Vård i Norden, vol. 33(1)*, 46-50.  
<https://vivatselv-mordsforebygging.net/wp-content/uploads/2015/04/You-are-not-particularly-helpful-as-a-helper-when-you-are-helpless.pdf>
- Tallaksen, D.W. & Lindmark, J. (2015). Det trengs mange handlekraftige (første)hjelpere! *Suicidologi* nr. 3/2015.  
<https://vivatselv-mordsforebygging.net/wp-content/uploads/2015/04/Det-trengs-mange-og-handlekraftige-f%C3%B8rstehjelpere.pdf>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg.). Gyldendal.
- Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse*. Universitetsforlaget.
- Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2022). *Selv-mord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en*

*nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Hentet den 20.09.23 fra: [www.uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet)

Widlok, T., Knab, J. & Wulp, C. (2021) #African Time: Making the Future Legible, *African Studies*, 80:3-4, 397-414, DOI: [10.1080/00020184.2021.1942786](https://doi.org/10.1080/00020184.2021.1942786)

World Health Organization. (2021). *Live life: An Implement Guide for Suicide Prevention in Countries. Excecutive Summary.*  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341816/9789240027732-eng.pdf>

Wæhle, Espen: *minoritet* i *Store norske leksikon* på [snl.no](http://snl.no). Hentet 8. september 2023 fra <https://snl.no/minoritet>

## INTERVJUGUIDE

Master i interkulturelt arbeid 2023

Tema: Selvmordsforebygging i et kultursensitivt perspektiv

Metode: Kvalitativt intervju, fokusgruppe med 4 fagpersoner

Varighet på intervju: 1,5 t

Problemstilling:

*Hvordan kan kultursensitivitet hos Vivat-sertifiserte hjelpere, bidra til å tilrettelegge selvmordsintervensjoner i møte med minoritetspersoner?*

**Intervjuguide:**

<b>Innledning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Takke informanter for at de deltar</li><li>- Info om tid/varighet</li><li>- Info om prosjekt og hensikt m/fokusgruppeintervju</li><li>- Informasjon om anonymitet og databehandling</li><li>- Gjennomgang av tema for intervju</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 5 min</li><li>- Fokus på å skape trygghet og gode rammer for samtalen.</li></ul>
<b>Oppvarmingsspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presentasjonsrunde: hvor man jobber + erfaring med tema</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 10 min, bli litt kjent med kontekst og grunnlag for samtalen. Gradvis «tune in» samtalen på tematikken.</li></ul>

<p><b>Sentrale spørsmål</b></p>	<p>Case (case blir tilsendt på forhånd)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har dere vært bort i lignende situasjoner (uten navn/kultur) som i casen? Hadde det fungert med Vivat sin selvmordsintervensjonsmodell i en slik situasjon?</li> <li>2. Opplever dere at Vivatmodellen generelt er et godt redskap: hva fungerer og hva skaper utfordringer når dere bruker denne</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 minutter</li> </ul> <p>Stikkord til intervjuer: begrep og annet som må passes på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er dine erfaringer med Vivat sin selvmordsintervensjon i møte med minoritetspersoner?</li> <li>- Ser og gjør du noe annerledes i møte/prosess med minoritetspersoner du mistenker er i selvmordsfare enn med</li> </ul>
	<p>tilnærmingen i møte med personer med andre kulturelle bakgrunner?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Hvordan tar dere hensyn til kulturell bakgrunn med brukere/klienter som har selvmordstanker <b>mer generelt</b>?</li> <li>4. Hvordan kan kunnskaper om kultursensitivitet hjelpe behandlere med minoritetsklienter/brukere som har selvmordstanker?</li> <li>5. Har dere prøvd andre tilnærminger/modeller? (alene eller sammen med andre behandlere?)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- majoritetsbefolkningen forøvrig? I så fall hva. Hvordan forstår du kultursensitivitet, og hva tenker du er det viktigste for å være kultursensitiv? Hvordan tilnærmer dere tematikken selvmord i møte med klienter?</li> </ul>
<p><b>Avrundingsspørsmål</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva opplever informantene at har vært mest viktig og sentralt i samtalen?</li> <li>- Noen spørsmål/emner som burde vært stilt og nevnt?</li> <li>- Takke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 min</li> </ul>

# Vil du delta i forskningsprosjektet ”Selvmordsforebygging i et kultursensitivt perspektiv”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er se nærmere på hvordan kultursensitivitet hos hjelpere, kan bidra til å øke selvmordsintervensjoners effektivitet i møte med minoritetspersoner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

## Formål

Formålet med prosjektet er å stille spørsmål ved måten man gjennomfører selvmordsintervensjoner med minoritetspersoner, og hvordan man jobber forebyggende i møte med denne gruppen. Noe av det sentrale ved prosjektet, er å se på Vivat selvmordsforebygging sin modell for selvmordsintervensjoner, en modell som i korte trekk går ut på at man som hjelper skal kunne gjenkjenne og tolke selvmordsadferd hos andre, for så å opprette kontakt/tilnærme seg den man er bekymret for med en tydelig og direkte form for kommunikasjon. Vivat finansieres av Helsedirektoratet, og brukes til opplæring av personell over hele Norge (og andre land). Vivat-modellen er utarbeidet i en vestlig kontekst, og jeg ønsker å se nærmere på modellens overførbarhet og effektivitet når det gjelder selvmordsforebygging i møte med minoritetspersoner. Prosjektet tar sikte på å reflektere over muligheter for selvmordsforebygging blant minoritetspersoner, og hvordan hjelpere tar hensyn til kulturell bakgrunn til bruker/klient (verdier, språk, kommunikasjonsformer, sosiale koder, kulturell stress m.m).

Hovedspørsmål i masteroppgaven er følgende:

Hovedspørsmål:

*Hvordan kan kultursensitivitet hos Vivat-sertifiserte hjelpere bidra til å tilrettelegge selvmordsintervensjoner for minoritetspersoner i en norskspråklig kontekst?*

Dette er et forskningsprosjekt i form av en masteroppgave (cirka 80 sider), og prosjektet avsluttes senest 30. juni 2024.

## Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høgskole er ansvarlig for prosjektet, ved Prof. Frédérique Brossard Børhaug.

## Hvorfor får du spørsmål om å delta?

De to viktigste kriteriene for deltakelse er følgende:

- at man har kjennskap til, og erfaring med, å være en profesjonell hjelper i møte med mennesker som har selvmordstanker.

- at man har erfaring som profesjonell i flerkulturelle kontekster, der man møter og jobber med minoritetspersoner (mennesker med en annen kulturell tilhørighet og/eller bakgrunn).

Du får spørsmål om å delta fordi du enten er ansatt i en organisasjon/instans der selvmordsforebygging er en del av arbeidsfeltet ditt, og fordi mennesker som er fare for å ta sitt eget liv skal kunne få hjelp gjennom din (direkte eller indirekte) organisasjonen/instans. Om du er ansatt ved et forsknings- og kompetansesenter innenfor tematikken, er du like ønsket og velkommen som informant.

For å få ulike og representative perspektiver på temaet, er det ønskelig med informanter som har ulik alder, kjønn, utdanning- og faglig erfaring, samt kulturell bakgrunn. Enten du er vant til å bruke Vivat sin modell, eller andre teorier og metodikker når det gjelder selvmordsforebygging, er begge deler like relevant og interessant.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Som informant vil du delta i en fokusgruppe med total varighet på to timer. En fokusgruppe går ut på at gruppelemmene diskuterer et avgrenset tema, og har som hovedsak interaksjoner og samtaler seg imellom, uten for mye «innblanding» fra forsker/ordstyrer. Forskeren presenterer et tema og spørsmål gruppen skal diskutere, og gruppen får deretter anledning til å diskutere og danne enigheter og uenigheter om temaet.

Gruppen vil diskutere en fiktiv case hvor en minoritetsperson viser/deler selvmordsadferd- og/eller tanker, og møtet med behandlingsapparatet hvor Vivat-modellen brukes. Casen er en kort historie som vil bli tilsendt på forhånd til deltakerne i prosjektet.

Data fra personer som deltar i studien (navn og arbeidssted) vil anonymiseres, personer vil ikke bli gjenkjennbare i masteroppgaven. Prosjektet vil først og fremst diskutere deltakernes erfaringer med Vivat-modellen i møte med klient/brukergruppen, og vil være relatert til hvordan behandlere kan ta hensyn til kulturell bakgrunn og muligheter for å forbedre selvmordsintervensjoners effekt. Erfaring med bruk av andre modeller og tilnærminger er også ønskelig for diskusjonen. Selve intervjuet (samtalen i fokusgruppen) vil vare cirka 90 minutter.

Opplysningene som kommer fra fokusgruppediskusjonen, blir tatt opp på lydopptak. Data blir transkribert og anonymisert med det samme, og data oppbevares atskilt med passord beskyttelse. Data slettes etter endt prosjekt (30. juni 2024). Dersom det viser seg at det er vanskelig med fysisk møte for informantene, vil fokusgruppeintervju foregå online (Zoom).

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Den eneste



som har tilgang til data underveis i prosjektet er masterstudent/undertegnede, Elisabeth Sæverås.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent ved prosjektslutt 30. juni 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet slettes permanent.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelig Høyskole har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Frederique Brossard Børhaug ved VID: frederique.borhaug@vid.no
- Vårt personvernombud, Nancy Yue Liu ved VID: nancy.yue.liu@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Frédérique Brossard Børhaug  
*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

Elisabeth Sæverås  
*Masterstudent*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Selvmondsforebygging i et kultursensitivt perspektiv*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppe (høst 2023)
- å delta i individuelt intervju (2023)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# VURDERING FRA SIKT

12.12.2023, 11:43

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Selvmordsintervensjon i et kultursensitivt perspektiv](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

682817

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

03.08.2023

**Tittel**

Selvmordsintervensjon i et kultursensitivt perspektiv

**Behandlingsansvarlig institusjon**

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsevitenskap / Fakultet for helsevitenskap Sandnes

**Prosjektansvarlig**

Frederique Brossard Børhaug

**Student**

Elisabeth Sæverås

**Prosjektperiode**

08.06.2023 - 30.06.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av pasienter, brukere e.l. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!