

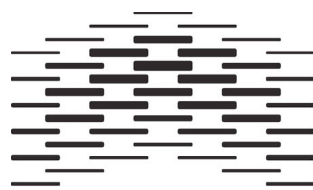
MASTEROPPGAVE
Masterstudium i psykisk helsearbeid
Mai 2015

Hvordan opplever sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettet tiltak å ha klienter med en selvmordsatferd?



Jannicke Merethe Ugland
Kandidatnummer 315
Kull 2011
Veileder: Gro Killi Haugstad

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord:

For snart fire år siden stod jeg på første skoledag og lurte på hva i alle dager har jeg begitt meg ut på. Det ble noen runder i hodet om jeg kom til å klare en masterstudie, men takket være engasjerte og dyktige forelesere har dette vært en fantastisk reise. Læringskurven har vært bratt, men jeg vet jeg har blitt en tryggere og faglig sterk psykisk helsearbeider.

Masteroppgaven ble en mye større påkjenning enn jeg noensinne hadde trodd på forhånd, men jeg hadde gjort det igjen. Innhenting av respondenter tok lang tid og når de først kom på plass var det et puslespill å få avtalt tidspunkter som passet. Jeg er mine respondenter evig takknemlig for at de ville dele sine opplevelser og erfaringer med meg, for at de var så ærlige og åpne, og ikke minst slapp meg inn i deres verden både privat og profesjonelt.

Det er noen mennesker som må takkes for at dette ble et ferdig prosjekt:

Min samboer, kjæreste og bestevenn, Håvard, uten deg hadde dette aldri gått.

Til min fineste lille Filip, mamma vet du lei og synes denne oppgaven er din største konkurrent om oppmerksomhet. Mamma er nå bare din.

Min kjære kollega, Karine, dette prosjektet er nesten like mye ditt som mitt.

Og sist men ikke minst, min fantastiske veileder Gro. Tusen takk for ditt engasjement, for din tilstedeværelse og din flotte personlighet. Takk for at du hadde tro når jeg mistet det og takk for din utrolige kunnskap. Du er en knupp!

Jannicke Ugland.

14.05.2015

Abstrakt:

Bakgrunn: Sosialarbeidere og deres opplevelser og reaksjoner når de arbeider med klienter som ønsker å ta selvmord har hatt liten fokus i forskning. Denne studien vil kunne belyse fenomenet og gi kunnskap til i feltet.

Hensikt og problemstilling: Formålet med denne studien var å få en forståelse av hvordan sosialarbeidere som skal få klienter ut i arbeidsrettet tiltak opplever klienter med en selvmordsproblematikk. Forskning har tidligere knyttet sosialarbeidere opp studier gjort på kliniske terapeuter, men siden deres grunnutdanning er veldig forskjellig er det verdt å se nærmere på sosialarbeidere alene. Studiet vil kunne gi ansatte i NAV og deres ledere en større forståelse av opplevelsene og hva som kan være nyttig inn i veiledning og undervisning for å løfte kompetansenivået. Problemstillingen er: «Hvordan opplever sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettet tiltak å ha klienter med en selvmordsatferd?»

Teori: I denne studien er det lagt vekt på et salutogenestisk perspektiv i drøfting og kunnskap om selvmordsforebyggende arbeid opp mot stress og mestring.

Metode: Kvalitativt forskning ble brukt som metode i denne studien, og fem respondenter ble intervjuet ved bruk av semistrukturert intervju med fokus på deres opplevelser i et fenomenologisk perspektiv. Analyse materialet ble gjennomgått og analysert etter systematisk tekstkondensering.

Resultat: Fire tema ble funnet; stress, mestring, tilnærming og ansvar.

Konklusjon: Funnene viser en høy grad av stress hos respondentene i møte med klienter med en selvmordsatferd. Stresset fikk konsekvenser privat og profesjonelt, og viser seg å føre til lav følelse av mestring og trygghet. I denne masterstudien ble det funnet en sammenheng mellom manglende teoretisk kunnskap og trening om håndtering av selvmordsrisiko og nivået av stress. Behovet for veiledning og ytterligere skoleing ble uttrykt hos flere av respondentene. Der hvor det ble funnet lavt stressnivå og god mestringsevne i denne studien viste det seg at respondentene hadde veilederkurs og bred kunnskap om selvmordsforebyggende arbeid.

Nøkkelord: *sosialarbeidere, stress, salutogenese, empowerment, mestring, selvmord, selvmordsatferd*

Abstract:

Background: Social workers and how they experience and react to clients with a suicidal behaviour is not paid attention to in the research field. This study will enlighten the phenomenon and give knowledge into the field.

Aim: The purpose of this study was to answer: “How social workers that work with job creations program experience client with suicidal behaviour?” Research has previously linked social workers with studies on clinical therapists, but since their basic education is very different it is worth to do studies only with social workers. This study will provide people who are employed in social work and their leaders a greater understanding of the experience and reactions and what can be used in counselling and teaching to raise the level of competence.

Theory: In this study, the emphasis is on a salutogenetick perspective in the discussion and knowledge about suicide prevention. Coping and stress are focused as reactions in the perspective.

Method: Qualitative research was used as a method in this study five respondents were interviewed using semi-structured interviews focusing on their experiences in a phenomenological perspective. Analysis material was reviewed and analyzed by systematic text condensation.

Results: Four topics were found; stress, coping, approximate and responsibility.

Conclusion: The results show a high level of stress among respondents in the meeting with clients with suicidal behaviour, and stress had consequences both privately and professionally. Stress showed to cause low sense of coping and confidence. In this master study it was found a correlation between lack of theoretical knowledge and training on suicide prevention and the level of stress. The need for guidance and further education was expressed by several of the respondents. The respondents who coped the clients with clients with suicidal behaviour had broader knowledge of suicide.

Keyword: *social worker, stress, empowerment, coping, suicidal behaviour, suicide*

Innholdsfortegnelse:

1.0 INTRODUKSJON:	7
1.1 Bakgrunn:	7
1.2 Hensikt med studiet:	8
1.3 Design:	8
1.4 Begrepsavklaringer:	9
1.5 Begrensninger:	9
1.6 Oppgavens struktur:	9
1.7 Teoretisk forankring:	10
1.7.1 Stress:.....	10
1.7.1 Salutogenese:.....	10
1.7.2 Empowerment:.....	12
1.7.3 Selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker:.....	13
1.7.4 Vurdering av selvmordsfare:	14
1.8 Forskningslitteratur:	15
2.0 METODE:	17
2.1 Design:	17
2.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming:	17
2.3 Litteratursøk:	18
2.4 Kvalitativt forskningsintervju:	18
2.5 Utvalg:	19
2.6 Rekruttering:	20
2.7 Intervjuprosessen:	20
2.8 Transkribering:	21
2.9 Systematisk tekstkondensering og analyse:	22
2.10 Forskers forforståelse:	24
2.11 Lover, regler og etiske hensyn:	25
2.11.1 Etske hensyn:.....	25
2.11.2 Lover:.....	26
2.12 Informert samtykke:	26
2.13 Fordeler og ulemper med å delta i undersøkelsen:	27
2.14 Metodediskusjon:	27

3.0 RESULTATER:	31
3.1 Stress:	31
3.2 Mestring:	34
3.3 Tilnærming:	37
3.4 Ansvar:	42
4.0 DISKUSJON:	46
5.0 KONKLUSJON:	55
LITTERATURLISTE:	56

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Intervjuguide
- Vedlegg 2: Skjema for informasjon og samtykke
- Vedlegg 3: Datamatrikse
- Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD
- Vedlegg 5: Mail fra Velferds- og arbeidsdirektoratet

1.0 Introduksjon:

1.1 Bakgrunn:

Denne studien har opphav i en problemstilling jeg selv har tenkt på flere ganger; hvordan er det for sosialarbeiderne som jobber med arbeidsrettet tiltak å ha klienter som uttrykker et ønske om å ta sitt eget liv. Ved nærmere undersøkelser ble det funnet få studier som er gjort på sosialarbeidere og deres opplevelser av klienter med selvmordsatferd. Det har vært tradisjon for å sammenligne sosialarbeiderne med studier gjort på kliniske terapeuter og leger og deres reaksjoner når klienten/pasienten har selvmordsproblematikk. Studier som ble funnet viste en forskjell i utdanning og kompetanse mellom sosialarbeidere og kliniske terapeuter/leger.

Sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettede tiltak skal i hovedsak få klienter som mottar AAP (arbeidsavklaringspenger) ut i arbeidsrettet aktivitet for å styrke arbeidsevnen. Fokus i arbeidet vil være rehabilitering av helserelevante og sosiale problemer som tidligere hindret evnen til arbeid. For å oppnå dette vil sosialarbeidere ha ansvar for motivasjon og motivasjonsaktiviteter, individuell trening med veiledning, få på plass en arbeidsutprøving og kontakt med arbeidslivet (www.nav.no, udatert).

På bakgrunn av dette sendte jeg en mail sendt 25. september 2014 til Arbeids- og velferdsdirektoratet og forespurte tall på hvor mange av deres klienter hvor AAP er den økonomiske ytelsen som har forsøkt selvmord. Det ble også rettet en forespørsel om hvor mange av deres ansatte som jobber med arbeidsrettet tiltak som har opplevd at en klient tar livet sitt. I svaret fra Arbeids- og velferdsdirektoratet kom det frem at det ikke er gjort noen statistikk på selvmordsproblematikk blant brukere som mottar AAP. Det er heller ikke tall på hvor mange av deres veiledere som har opplevd selvmord eller selvmordstrusler (Selnes, Christine, personlig kommunikasjon, 06.10.2014). I et tverrfaglig perspektiv vil denne studien kunne være med på å løfte kunnskapsfeltet og bringe inn nye tanker om hvordan arbeide med klienter som har en selvmordsatferd kan være.

Problemstillingen for prosjektet er;

”Hvordan opplever sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettet tiltak å ha klienter med selvmordsatferd.” Problemstillingen er åpen for å gi respondentene rom til å komme med sine opplevelser både i negativ og positiv retning, og det er deres egne opplevelser som skal undersøkes.

Følgende forskningsspørsmål var utgangspunkt for denne studien:

1. Hvordan påvirker klientens selvmordatferd sosialarbeideren sitt fokus på arbeidsrettet tiltak?
2. Hva slags kunnskap finnes hos sosialarbeideren som kan brukes for å håndtere situasjoner som oppstår rundt selvmordsproblematikk?
3. Hvordan påvirker denne trusselen om selvmord sosialarbeideren privat og profesjonelt?

1.2 Hensikt med studiet:

Hensikten med studien er å få et dypere innblikk i hvordan sosialarbeidere opplever å arbeide med klienter som har en selvmordsatferd, og hvilket stress det eventuelt kan føre til både profesjonelt og privat. Det vil være hensiktsmessig å få en innsikt i opplevelsen av mestring og ulike mestringsstrategier hos sosialarbeidere. Videre vil det bli undersøkt hvilken kompetanse respondentene selv mener de har om selvmordsforebyggende arbeid og kartlegging av selvmordsrisiko..

1.3 Design:

Studien har en kvalitativ design med intervjuer av sosialarbeidere som arbeider i NAV. Hovedfokuset er hvilken påvirkning dette har hos sosialarbeiderne både privat og profesjonelt, og opplevelsen av stress. Beskrivelsene er basert på spesifikke hendelser og situasjoner sosialarbeiderne har opplevd i klientarbeid, og er ikke basert kun på generelle fortellinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Studiet har et fenomenologisk perspektiv med utgangspunkt i Edmund Husserls teori som mente det var menneskers livsverden som spilte en rolle (Mæland & Jacobsen, 2011). Dette studiet ser nærmere på opplevelsen sosialarbeiderne har med fenomenet selvmord hos klientene. Det er deres erfaringer og opplevelser som skal deles (Malterud, 2011).

1.4 Begrepsavklaringer:

I studiets problemstilling er det to begreper brukt som bør avklares; sosialarbeidere og selvmordsatferd. Med sosialarbeidere menes det i denne studien mennesker som jobber på et NAV kontor, og som har som oppgave å få klienter som mottar arbeidsavklaringspenger ut i arbeidsrettede tiltak. Sosialarbeidere ble valgt som betegnelse fordi de som jobber der har mange forskjellige utdanninger, og det ville være til hinder for rekrutteringen å velge kun en grunnutdanning.

Selvmordsatferd ble valgt fordi det er et omfattende begrep som omfatter tanker, trusler og forsøk på selvmord. Det skilles ikke på tanker, trusler eller forsøk på selvmord under intervjuene da det er opplevelsen til sosialarbeideren som er i fokus. I litteratur skrevet på engelsk brukes begrepet ”suicidal behaviour”, og den engelske definisjonen ble brukt i litteratursøk.

Empowerment er forsøkt oversatt til norsk i faglitteratur med begreper som myndiggjøring og styrking, men i denne studien velges det engelske begrepet da den definisjonen er mer presis.

1.5 Begrensninger:

I denne studien er det ikke tatt hensyn til om klientene har andre psykiske lidelser eller om selvmordsatferden er sekundær. Det er sosialarbeideren som skal gi uttrykk for deres opplevelse og de har ingen myndighet til å diagnostisere klientene sine. Selvmordsatferd kan oppleves ulikt fra deltager til deltager og det er av den grunn ikke lagt noen føring for hva som menes med selvmordatferd.

1.6 Oppgavens struktur:

Denne oppgaven er utarbeidet etter modellen IMRaD som står for ”Introduction-method-results-and-discussion”. Modellen viser hvordan man bygger opp en vitenskapelig artikkel i helsefag. Det er av den grunn ikke et eget teorikapittel i denne oppgaven.

1.7 Teoretisk forankring:

1.7.1 Stress:

Stress er et omfattende begrep som brukes om påkjenninger og belastninger, og vi møter mange situasjoner som utløser stress. Opplevelsen av stress er subjektiv, og det er interaksjonen mellom individ og situasjon som viser hvordan stress blir opplevd. Stress er ”summen av fysiske og psykiske påkjenninger som vi utsettes for ” (Håkonsen, 2014, s 233). Når mennesker føler seg stresset har man en opplevelse av å være på etterskudd og ikke rekke over oppgaver som skulle vært gjort. Kravene man står overfor er større enn evnen og muligheten til å innfri. Hvordan man møter kravene har stor betydning for hvor høyt stressnivå man føler. Stress er ikke noe som oppdages med en gang det oppstår, men den utvikler seg over tid, og kroppen er skapt for å tåle påkjenninger.(Heggdal, 2008). Kroppen styrker sin motstandsevne og mobiliserer sine ressurser ved opplevelsen av stress (Håkonsen). Kognitive og følelsesmessige reaksjoner hos individet påvirkes av stress og gir både negative og positive opplevelser som ubehag, angst og uro, frykt i tillegg til mestring og tilfredshet. Det er de negative opplevelsene som oftest dominerer, og ved langvarig og belastende stress kan det påvirke evnen til å fungere i dagliglivet (Håkonsen, 2014).

Stress har innvirkning på kroppen på lang og kort sikt, og det utskilles stresshormoner i hjernen som gir en hormonell, kjemisk og fysiologisk ubalanse i kroppen (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd & Engell, 2010). Utskillelse av stresshormonene igangsetter en del kjedereaksjoner i kroppen, og noen av reaksjonene vil kjennes på kroppen med en gang mens andre bruker lengre tid før de er merkbare. Kort pust, muskelspenninger, lavt energinivå og søvnløshet er alle tidlige reaksjoner på stress. Stress over lang tid kan gi fysiske sykdommer, sykemeldinger og svært alvorlige langtidsfølger (Heggdal, 2008).

1.7.1 Salutogenese:

Aaron Antonovsky utviklet teorien salutogenese som et motsvar til patogenesen som i hovedtrekk har fokus dikotomi (to deler i motsetning) mellom frisk og syk, risikofaktorer og hva som er årsaken til sykdom. Salutogenesen er opptatt av kontinuum (sammenhengende) mellom helse og uhelse, og hvor på kontinuum individet befinner seg for til enhver tid. Målet å få individet til å bevege seg mot helse i kontinuumet gjennom å få en dypere forståelse og

mer kunnskap om historien bak individet. Antonovsky ønsker å fokusere på hva som fremmer helse i stedet for hva som er årsaken til sykdom. Salus betyr helse og genese står for opprinnelse eller tilblivelse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Salutogenese beskriver hvordan mestring kan skapes og opplevelse av sammenheng. Dette er utgangspunktet for teorien ”sense of coherence”, opplevelse av sammenheng, som betegnes SOC. (Langeland, 2011).

Sense of coherence, SOC, er følelsen og opplevelsen av sammenheng er viktig for å bevare sin plass i kontinuumet og eventuelt bevege som mot helse. Det fokuseres på stressfaktorer med interesse for den enkeltes mestringsstrategier og hva som er direkte helsebringende. Fokus på hva som gir stress er ikke like aktuelt i denne teorien. Antonovsky og Sjøbu (2012) mener det som er interessant er hva som skjer når vi er utsatt for utfordringer og belastninger som det ikke finnes noen automatisk adaptiv respons for. En automatisk adaptiv respons er en reaksjon til et ytre krav (Antonovsky & Sjøbu, 2012). SOC kan bidra til mestring, helse og velvære. Når livet oppfattes som forståelig, håndterbarhet og meningsfullt kan stressorene være positive og utviklende for individet. Forståelig, håndterbarhet og mening er tre sentrale komponenter i for å kunne oppnå opplevelse av sammenheng (Langeland, 2011).

De tre komponentene står i gjensidig samspill til hverandre, men den mest sentrale og viktige er meningsfullhet som går på følelser, motivasjon og er selve drivkraften hos individet. Meningsfullhet er det som skal gi mening, både følelsesmessig og kognitivt. Tilværelsens krav og problemer betraktes som noe verdt å engasjere seg for. Ved å føle meningsfullhet er man ikke redd for nye utfordringer eller belastninger. Meningsfullhet er å føle delaktighet i det som oppstår. (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Gjennom å skape struktur og søke etter ressurser som er hovedelementene i meningsfullhet, vil forståelse og håndterbarhet bli styrket. Med forståelighet menes det hvor vidt man oppfatter det som skjer som forståelig, ordnet og strukturert. Håndterbarhet er om man har tilstrekkelige ressurser til å kunne møte ulike situasjoner som skjer, og man har tro på at hendelsene kan påvirkes.

Stress og stressfaktorer kan sees i et helsefremmende perspektiv og salutogenesen vektlegger bruk av motstandsressuser og motstandsunderskudd.. Når ressursene og underskuddet er til stedet i individet oppstår det en spenningstilstand og kan tvinge individet til å håndtere stress (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Generelle motstandsressurser (GEM) er både indre og ytre ressurser som for eksempel materielle goder, verdighet, tilknytning og sosial støtte. Fraværet av de ytre og indre

ressursene utgjør motstandsunderskudd. Det å ha evnen til å benytte seg av indre og ytre mestringsressurser kan bidra til økt mestring av spenning og utvikling av SOC. Høy grad av SOC gir bedre helse. (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Når individet forstår sin egen situasjon og klarer å finne en mening vil det bevege seg i en helsefremmende retning. Sterk SOC gjør individet motivert for å takle stress og vite at ressursene er tilgjengelige. Ved å foreta seg helsefremmende handlinger har man en sterk SOC (Langeland, 2011).

Et menneske må investere i indre følelser, sosiale relasjoner, aktivitet og eksistensielle spørsmål for og ikke miste mening over tid og tape ressurser. Det er viktig å ha gode støttespillere, en overbevisning om noe (ideologi eller religion), ha god psykisk helse og ha daglige aktiviteter. Dette anses som ressurser i møte med spenning og stress (Langeland, 2011).

1.7.2 Empowerment:

Begrepet empowerment har sitt opphav i det latinske ordet "potere" som betyr "å være i stand til". Verbet "to empower" betyr å gi makt eller autoritet, å sette i stand eller tillate (Gibson, 1991). I faglitteraturen finnes det flere ulike definisjoner som; myndiggjøring, styrking og egenkraftsmobilisering, men begrepet "empowerment" vil bli brukt i denne oppgaven.

Gibson definerer empowerment slik (oversatt av Stang, 1998): "Empowerment er en sosial prosess som omfatter oppdagelse, stimulering og forbedring av menneskers evner til å ivareta sine egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over sine egne liv" (Gibson, 1991, s. 359). Empowerment er en bevisstgjøring av årsakene til utfordringer i livet og gir muligheter til å finne løsninger og handlinger (Gibson, 1991). Bevisstgjøring og refleksjon er sentralt i empowerment og er et psykologisk fenomen og en dynamisk prosess i den enkelte person som krever endring av atferdsmønstre og en kritisk selvransakelse (Nyatanga & Dann, 2002).

Empowermentprosessen gir resultater i form av opplevelse av mestring, kontroll, egenutvikling, sosial tilknytning, bedre helse og økt livskvalitet (Gibson, 1991).

Makt er et sentralt punkt i begrepet empowerment, og makt betegnes her å få gjennomslag for sine eller andre interesser. Når makt er svekket får man en følelse av ikke å bestemme selv som gir utslag i nedsatt selvbilde, lavere energinivå, frustrasjon, opplevelse av krenkelse og

svekket håp (Stang, 1998). Empowermentprosessen skal motvirke maktesløshet og er en positiv form for makt hvor utøvelse av makt generer energi, motivasjon og muligheter for å oppnå sine mål.

1.7.3 Selvmord, selvmordsforsøk og selvmordstanker:

Utført selvmord er en selvdestruktiv handling med dødelig utgang, mens et selvmordsforsøk, også kalt parasuicid, er en selvskadende og selvdestruktiv atferd som ikke har en dødelig utgang. Selvmordstanker er ideen om selvmord som løsning på personlige problemer med eller uten hensikt om å ta livet sitt (Ottosson, 2000). Selvmord og selvmordsforsøk har store sosiale og helsemessige konsekvenser, og 25 til 40 % av de som tar livet sitt har vært i psykiatrisk behandling (Mishna, Antle & Regehr, 2002). Selvmordstanker og forsøk er ofte akutte og impulsive, men noen lever med slike tanker i konstant og over mange år. Kronisk suicidalitet blir brukt for å beskrive denne atferden og kjennetegnes ved gjentatte selvmordsforsøk og sterke selvmords tanker. De handler ofte på impulser og er styrt av følelser (Skårderud et al., 2010).

I Norge har tallene på selvmord steget siden 70-tallet, og hvert år er det registrert cirka 600 selvmord. Det er yngre menn som står for økningen, og det er flere som dør av selvmord i Norge enn i trafikken. Oslo har en høyere forekomst av selvmord enn andre steder i Norge, Sogn og Fjordane sammen med Møre og Romsdal er nederst på statistikken (Kringlen, 2011). Det kan være en korrelasjon mellom arbeidsledighet og forekomst av selvmord, og det kan se ut som høyere arbeidsledighet gir høyere forekomst av selvmord (Kvale & Brinkmann, 2009).

Selvmord og selvmordsforsøk kan sees på som et symptom av en psykisk lidelse i mer eller mindre alvorlig grad. Rundt halvparten av de som tar livet sitt har en psykisk lidelse, og nesten 2/3 av dem har oppsøkt lege i forkant av selvmordet eller forsøket. Rusproblemer er som nevnt en utløsende faktor, og noen ruser seg for å ta klare å ta livet sitt, mens andre tar livet sitt på grunn av rus (Kringlen, 2011). De som tar livet sitt har ofte flere psykiske lideleser samtidig og selvmord er ikke knyttet til noen enkeltdiagnoser, men er en sammensetning av ulike faktorer (Skårderud et al., 2010). Det er noen risikofaktorer som finnes hos de fleste med en selvmordsatferd; alvorlig depresjon, søvnløshet, tidligere selvmordsforsøk, selvmord i familien, rusproblemer eller alvorlige somatiske sykdommer. Noen sosiale faktorer kan lede til selvmordsatferd, blant annet så har innvandrere høyere selvmordsrate enn landsmenn som fortsatt bor i det landet de kommer fra. Skilte, enslige og

enker har høyere risiko for selvmord enn de som er gift. Arbeidsløshet kan føre til tap av økonomi og manglende deltagelse i samfunnet, og kan øke risikoen for selvmord sammen med høy alder og pensjonslivet (Kringlen, 2011).

Møte med det selvmordstruede menneske er komplisert og utfordrende for den profesjonelle spesielt når den som trenger hjelp er i en krise. I fagfeltet psykisk helsearbeid møter man ofte mennesker som uttrykker ønske om å dø, truer med det eller insinuerer dødsønske. Tankene kan være bevisste med en plan eller impulsive handlinger (Skårderud et al., 2010).

Ambivalens, appell og aggressivitet er kjennetegn hos de som forsøker å ta livet sitt. Ambivalens mellom å leve eller dø er trekk hos mennesker som ønsker å ta livet sitt selv. Selvmordshandlinger er skambelagt og fortrenses ofte fort hos de som har forsøkt, men overlever forsøket. Ambivalensen kan være tydelig tilstede hos de som forsøker å ta livet sitt, og appellen i forsøket blir fremtredende. Selvmordsforsøket kan være et rop om hjelp til en bestemt person eller andre. Noen ganger kan ropet om hjelp være tydelig for den gjelder mens andre ganger er det ikke noe konkret som kan fanges opp (Ottosson, 2000). Selve selvmordshandlingen er definert som innadvent aggressivitet, et hat vendt innover som tidligere var vendt mot omverdenen. Handlingen kan være en hevn for hvor ille man føler seg behandlet av andre (Ottosson, 2000).

1.7.4 Vurdering av selvmordsfare:

I 2008 gav Sosial- og Helsedepartementet ut ”Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern” for å få ned antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge, og målgruppen er psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette hadde vært ønsket av helsepersonell lenge slik at det kunne settes fokus på selvmordsforebyggende arbeid. Gjennom retningslinjene forsøker man å få forebygging og tilgjengelige tjenester i fokus, og at det nå skal være en forsvarlig kartlegging av selvmordsrisiko hos pasienter i psykisk helsevern. Direktoratet løfter frem pårørende ved at det i retningslinjene gis anbefalinger for hvordan de skal ivaretas (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene er en veileder for hvordan helsepersonell kan kartlegge og vurdere selvmordsrisiko hos en pasient, og det er vurderingen av pasienten og situasjonen rundt som vektlegges, med andre ord, en helhetsvurdering av pasienten. Det er selve vurderingen som eventuelt igangsetter tiltak og videre behandling, og et viktig moment er at helsepersonell som foretar denne vurderingen

har tilstrekkelig kompetanse og opplæring til å gjøre dette. Kravet om forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesten § 2-2 faller under dette (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Vurderingen skal alltid gjøres i samtale med pasienten og utføres av kvalifisert helsepersonell som tar utgangspunkt i om det er fare for selvmord, psykiatrisk status og den kliniske vurderingen. Hele situasjonen kan oppleves som stressende og belastende for pasienten og helsepersonell. En sjekklister kan være et godt verktøy for å sørge for en god gjennomgang selv om den ikke brukes slavisk men som et verktøy (Herrestad & Larsen, 2012).

1.8 Forskningslitteratur:

Majoriteten av sosialarbeidere vil i løpet av sin karriere komme i kontakt med klienter som har en selvmordsproblematikk. Dette kan resultere i at sosialarbeiderne kjenner på stress som i noen tilfeller kan påvirke kvaliteten på utførelsen av arbeidet med klientene. I et studiet fra USA gjort av Jacobson, Ting, Sanders og Harrington (2004) undersøker de forekomsten av dødelig og ikke-dødelig selvmordsatferd hos klientene som sosialarbeiderne møter, og hvordan dette oppleves. Resultatene viser at det ikke er sjeldent for sosialarbeidere å arbeide med klienter som tar livet sitt eller forsøker, og begge hendelsene fører økt opplevd stress. I dette studiet rapporteres høy forekomst av klienter med selvmordsatferd, og 33 % av deltagerne har opplevd en eller flere klienter som tok selvmord. Resultatene er forenelige med forskning utført på behandlere og andre kliniske terapeuter i psykisk helse som sosialarbeidere tidligere har blitt sammenlignet med (Jacobson, Ting, Sanders & Harrington, 2004).

Selvordstruende klienter har en stor påvirkning på sosialarbeidere, og i en annen studie gjort av Sanders, Jacobson og Ting i 2005 "Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: a qualitative investigation" ser de nærmere på hva slags innvirkning selvmordsproblematikk hos klientene kan ha. Resultatene viser reaksjoner som får følger både privat og på jobb for sosialarbeiderne umiddelbart etter et selvmord gjort av en klient. Studiet viser en langtidseffekt på reaksjonene i form av endring i atferd og strategier som brukes i jobb. Det å forberede sosialarbeiderne på å arbeide med klienter som har en selvmordsproblematikk har en forebyggende effekt. Sosialarbeiderne rapporterte at de mente de kunne ha håndtert situasjonen bedre hvis de hadde hatt bedre opplæring og grunntrening i møte med den selvmordstruede klienten (Sanders, Jacobson & Ting, 2005).

Feldmann og Freedental gjorde i 2004 en studie, ”Social work education in suicide intervention and prevention: an unmet need?” Den undersøker hva slags opplæring sosialarbeidere har i grunnutdanningen sin om selvmordsforebyggende arbeid og intervensjon, eller om dette er manglende. Av de 598 sosialarbeiderne som svarte hadde nesten alle arbeidet med klienter med en selvmordsatferd, men de hadde liten eller ingen opplæring eller faglig grunnlag for å arbeide med klienter som har en selvmordsproblematikk. Studien indikerer at mangel på opplæring kan få fatale konsekvenser når det samhandles med klienter som ønsker å ta livet sitt. I artikkelen problematiseres den manglende undervisningen og opplæringen sammen med hvilken opplæring av ferdigheter og teknikker sosialarbeiderne mottar (Feldman & Freedenthal, 2006).

I en studie gjort av Kodaka et al., (2013) viste resultatene at kvaliteten på intervensjon og forebygging av selvmord ble bedre ved undervisning og trening. Selv om de fleste av sosialarbeiderne arbeidet direkte med klienter med en selvmordproblematikk, var det svært få som noen gang hadde fått kurs, undervisning eller veiledning for å kunne håndtere denne typen problematikk (Kodaka, Inagaki, Pstuvan & Yamada, 2013).

2.0 Metode:

2.1 Design:

Hensikten med denne studien er å få vite mer om hvordan sosialarbeidere som arbeider i NAV opplever å ha klienter med en selvmordsatferd. Hovedfokuset er hvilken betydning dette har for sosialarbeiderne privat og profesjonelt. Beskrivelsene er basert på spesifikke hendelser og situasjoner sosialarbeiderne har opplevd i klientarbeid og er ikke basert kun på generelle fortellinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Studiet har et fenomenologisk perspektiv med fokus på Edmund Husserls sin teori hvor han mente det var menneskers livsverden som spilte en rolle (Mæland & Jacobsen, 2011). Dette studiet ser nærmere på opplevelsen sosialarbeiderne har med fenomenet selvmord hos klientene. Det er deres erfaringer og opplevelser som skal deles (Malterud, 2011).

2.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming:

I fenomenologisk tilnærming skal man finne en felles mening og opplevelse av et fenomen mellom flere mennesker. Fokuset er å beskrive hva deres felles opplevelse er og redusere det ned i tema som kan skrives i et universelt språk. Forsker sin oppgave er å samle inn data, finne tema med funn hos alle respondentene og beskrive dette (Creswell, 2013).

Fenomenologi gir andre muligheten til å lære om dine erfaringer med det fenomenet som undersøkes. Teorier om menneskelige erfaringer bygger fenomenologien på (Malterud, 2011). Edmund Husserl var en av opphavsmennene til fenomenologien, og er basert på hvordan mennesker ser verden, den såkalte livsverden. Det er egne opplevelser og erfaringer av fenomenet og virkeligheten som er sentralt og hva som legges til erfaringen. Det som legges til er det Husserl kaller for noema. Noema er bygget på tidligere erfaringer og kan beskrives som forventinger av noe (Kaiser, 2000).

Fenomenologisk perspektiv i kvalitativ forskning brukes når det er respondentens egne opplevelser og erfaringer som skal hentes inn, og med fokus på lojalitet til deres opplevelser (Malterud, 2011). Fenomenologisk perspektiv brukes når det er ønskelig å se nærmere på et fenomen basert på respondentens egen opplevelse å beskrive deres verden med det som utgangspunkt (Kvale & Brinkmann, 2009).

2.3 Litteratursøk:

Søket etter litteratur og forskning ble gjennomført systematisk med utgangspunkt i problemstillingen. PICO-skjema ble benyttet for å få en klar oversikt over hvilke funn som var interessante. I tabellen under er søkeordene som ble brukt gjennomgående satt i system. Databasene som ble benyttet var PsycINFO, PubMed, Sage, ScienceDirect, Springer og Taylor og Francis. Grunnet lite forskning på tema for oppgaven valgte jeg ikke å begrense søket til årstall.

Social work, Social workers, Social service	OR	Suicidal behaviour, Suicidal ideation, Suicide threats Suicide, Suicidal prevention	OR	Client, clients, pasients,
AND				

Google scholar ble benyttet i tillegg til de overnevnte, og fire artikler fra det søket ble med i oppgaven.

Det varierte mellom 75 resultater til 4 fordi det er ikke gjort mange studier spesifikt på sosialarbeidere og hvordan de opplever klienter med selvmordsatferd. Det ble derfor gjort mange søk med ulikt kombinasjoner og til slutt ble det funnet en del relevante studier.

2.4 Kvalitativt forskningsintervju:

Kvalitativ forskning blir brukt for å forstå et problem eller fenomen i kontekst, og metoden benyttes når det er en kontekst som skal forstås i de omgivelsene hvor deltagerne opplever problemet (Creswell, 2013). Forsker samler inn data der respondenten befinner seg og kan se problemet i den rette konteksten. Det er forskeren selv som er instrumentet for å hente inn data gjennom å intervju respondentene, observere eller undersøke dokumenter. Det er ikke kun en metode i kvalitativ forskning som benyttes, men en kombinasjon av flere. I løpet av et prosjekt kan forsker både intervju, observere og undersøke dokumenter, kvalitativ forskning er ikke en statisk metode (Creswell, 2013).

Semistrukturert intervju er en kvalitativ forskningsmetode og kan sammenlignes med en daglig samtale, men hvor forskeren har overordnede spørsmål som skal besvares utover i intervjuet. Disse spørsmålene er satt i system i en guide, men må ikke følges i kronologisk rekkefølge. Spørsmålene kan endres eller utdypes hvis respondenten kommer med informasjon forskeren vil undersøke nærmere. Temaene i intervjuguiden er basert på problemstillingen i studien og har ofte flere underpunkter for å sørge for at temaene er dekket (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Semistrukturert intervju ønsker å få informasjon om respondentens egen livsverden og opplevelse, for og senere kunne fortolke beskrivelsene av fenomenene. Svarene som gis skal kunne følges opp uavhengig av intervjuguiden. De første to minuttene av intervjuet er avgjørende for å skape en trygg kontakt mellom respondenten og intervjuer. Det å oppnå trygghet, interesse og forståelse bør være hovedfokus til intervjuet for å skape rom for respondenten til å fortelle om nære, personlige opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Avslutningen må planlegges i forkant for å sikre at respondenten ikke går hjem med mange følelser som ikke er snakket om. Det kan være en såkalt debriefing som ikke er en del av intervjuet.

Valg av respondenter henger sammen med problemstillingen, og antallet må ikke være for lite for å sikre en god analyse av materialet. Loven om fallende utbytte vil tre inn når det er et for høyt antall respondenter og til slutt blir en metning i tilførsel av ny kunnskap. (Kvale & Brinkmann, 2009). Utvalget i denne studien vil være strategisk og være representert av både menn og kvinner

2.5 Utvalg:

Utvalget i denne studien er menn og kvinner som jobber i NAV, både statlig og kommunalt, som tidligere har arbeidet med eller arbeider aktivt med klienter som har en selvmordsatferd. Klientene og opplevelsene som aktuelle bør være i nyere tid for å sikre god informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009).

2.6 Rekruttering:

Respondentene ble kontaktet ved en mail som ble sendt til deres nærmeste leder. I alt ble det sendt ut 14. mail til ulike ledere i NAV og fylkeskoordinator i Oslo, Akershus og Østfold. Mailen inneholdt en kort oppsummering av hva prosjektet går ut på og vedlagt var prosjektbeskrivelsen og samtykkeskjema. Jeg fikk 5 svar, men bare 3 kontor hadde anledning til å stille med 4 respondenter. Det ble på nytt sendt ut mail til de som ikke hadde svart hvor jeg henviste til tidligere mail, men denne runden fikk jeg ingen svar. Siste kontor ble derfor rekruttert via bekjente som tidligere har arbeidet ved et NAV-kontor. Jeg fikk til slutt 6 respondenter, men den ene møtte aldri opp til avtalt tid. Etter 4 intervju opplevde jeg et metningspunkt ved gjennomgang av datamaterialet, og etter intervju nummer 5 avsluttet jeg søket etter flere respondenter.

2.7 Intervjuprosessen:

Målet med å intervju respondentene er målet å produsere kunnskap gjennom en interpersonlig situasjon. Innsikt i den andres livsverden skapes ved å hente inn beskrivelser og opplevelser gjennom samtale. Intervjuene har noen tema og spørsmål som skal dekkes, og er preget av åpenhet for å endre rekkefølgen på tema og spørsmål. Beskrivelsene som respondenten gir skal fritt kunne følges opp av intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Lytte og ha et åpent sinn vil gi forskeren ny informasjon og kunnskap, og forutsetningen for dette er å gi respondenten en trygg ivaretagelse. Spørsmålene skal ikke være kjent for respondenten og svarene skal ikke være kjent for forsker (Malterud, 2011).

Før jeg gikk til intervjuene hadde jeg laget en plan for hvordan jeg skulle starte og avslutte intervjuene. Spørsmålene ble gjennomgått på forhånd med to medstudenter og drøftet hvordan intervjuet skulle gjennomføres fra start til slutt.

Hvert intervju startet med en gjennomgang av samtykkeskjema hvor jeg opplyste om NSD, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og at prosjektet ble vurdert til å ikke være meldepliktig. Dette var med utgangspunkt i hva Kvale og Brinkmann kaller for "brifing" (2009, side 141). Videre ble respondentene forklart hvordan innsamling av data ble gjort ved bruk av opptaker, og transkribert i etterkant av intervjuet. Etter gjennomført transkribering ble data slettet fra opptaker og transkriberingen ble lagret på en PC med passord. Taushetsplikt fra forsker og anonymisering gjennomgått nøye, og jeg brukte tid på å forklare hvordan

respondentene ikke vil bli identifisert. Hvilket kontor arbeidet ved ble ikke skrevet noe sted. Alle respondentene fikk på forhånd beskjed om å svare på det de ønsket, og hvis tenkte de det ble for ubehagelig stod de fritt til ikke å svare. Alle 5 respondentene skrev under på samtykkeerklæringen.

Under selve intervjuene forsøkte jeg å være interessert og engasjert på en lavmælt måte, for det var opplevelsene til respondentene som skulle være fokus. Jeg forsøkte å være bevisst på kroppsspråk, mimikk, øyekontakt og tilstedeværelse. I forkant av intervjuet hadde jeg jobbet mye med emnet for å ha en god forståelse til å stille oppfølgende spørsmål. Bevisstheten rundt min rolle som forsker og egen forforståelse ble forsøkt satt til side, men dette var utfordrende i de to første intervjuene hvor jeg rotet litt med begrepene pasient og klient. Gjennom erfaring ble dette noe enklere, og jeg klarte i større grad å innta en forskerrolle.

Under intervjuene viser jeg interesse ved å være bekreftende på hva respondenten forteller, jeg spør hvis det er noe jeg ikke forstår og gir oppfølgende spørsmål på det som blir sagt. Jeg noterer stikkord underveis for å sikre utsagnene til transkriberingen og unngå at de blir tatt ut av sin sammenheng og tolkes på en annen måte enn de var ment. ”Teksten skal mest mulig ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger blir formidlet og oppfattet under feltarbeidet” (Malterud, 2011, s 76). For å oppnå dette på en best mulig måte forsøkte jeg i stikkordsform å få frem når respondenten gav uttrykk for følelser non-verbalt. Hvert intervju ble avsluttet med et spørsmål ”hvordan er din opplevelse av å jobbe med en klient som har en selvmordsatferd?” for å oppsummere problemstillingen.

Etter endt intervju var det rom for en debriefing med fokus på hvordan respondenten hadde opplevd spørsmålene og selve intervjuet som er anbefalt i Kvale og Brinkmann (2009). Tilbakemeldingen fra respondenten stod i fokus, men dette endte i alle intervjuene ut i en daglig samtale om den generelle arbeidssituasjon. Jeg brukte litt tid etter intervjuet, og etter respondenten var gått til å oppsummere for meg selv hvordan jeg opplevde intervjuet.

2.8 Transkribering:

Transkribering fra lydopptak er en omfattende og tidkrevende jobb og kan komme opp i flere hundre sider. En transkribering er en muntlig samtale som overføres til en skriftlig tekst og skal gjengi samtalen slik at det intervjuobjektet ønsket å formidle kommer tydelig

frem(Malterud, 2011). Nonverbal kommunikasjon kommer ikke med i teksten, og heller ikke erfaringsgrunnlaget samtalen er basert på. Det er viktig for forskeren å ta dette med i tolkingen av analysen, og det kan være riktig å omskrive teksten noe slik at essensen kommer bedre frem. Skriver man ordrett det som blir sagt under intervjuene kan samtalen få en helt annen mening, men man skal være tro mot det respondentene forteller. Det kan derfor være best at forskeren selv skriver transkripsjonen og ikke setter dette arbeidet bort til andre (Malterud, 2011). Når transkriberingen er gjort blir det lettere tilgjengelig for analyse og framgangsmåten må være godt dokumentert.

Opptakene i denne studien vil bli låst inn i et skap på sammen med de skrevne dokumentene. Dokumentene er kodet fra en til fem og inneholder ingen opplysninger som kan identifisere respondenten. Det skrevne materialet vil bli oppbevart på en pc med kode på mitt kontor som er låst.

2.9 Systematisk tekstkondensering og analyse:

Giorgis fenomenologisk analyse skal gi informasjon og kunnskap om respondentens livsverden, og hvordan den erfares innenfor et bestemt felt. Oppgaven forsker har er å finne kjennetegn ved de fenomenene som studeres, og samtidig forsøke å sette egen forforståelse bort. Egen innflytelse på materialet bør vurderes og inneha et nøkternt syn (Malterud, 2011). Systematisk tekstkondensering kan brukes når det skal utvikles beskrivelser fra respondentene. Metoden krever ikke en lang skolering, men refleksivitet og systematikk er en forutsetning. Når analysen skal gjennomføres må forskeren ta stilling til variasjonsbredde og fellestrekk i beskrivelsene fra respondentene (Malterud, 2011).

Systematisk tekstkondensering gjøres ved å analysere punkt for punkt og ha en systematisk refleksjon over det som analyseres underveis. Ved å analysere underveis i intervjurundene kan det oppdages funn som fortjener videre oppmerksomhet og nye spørsmål blir laget for å stilles til neste respondent (Malterud, 2011). Kondensering er når forsker trekker ut de elementene som er identifisert som meningsbærende og sitter igjen med et redusert materiale. I denne prosessen skal det utvikles kategorier som samles under valgte tema (Johannessen et al., 2010).

Det er 4 analysetrinn i en systematisk tekstkondensering som er basert på Giorgi sin prosedyre. Trinnene er hovedstrukturen for en analyse etter metoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011):

Første trinn er å gjøre seg kjent med materialet og danne seg et helhetsinntrykk ved å se materialet i et fugleperspektiv. Etter første lesing danner forsker seg et inntrykk og foreløpige temaer danner seg. Temaene som dannes skal belyse problemstillingen, men helst ikke være det samme som i intervjuguiden (Malterud, 2011).

Andre trinn i analysen kalles tema til koder, og her skal man finne de meningsbærende enheter. Enhetene skal organisere materialet og blir funnet ved gjennomgang av materialet linje for linje. Teksten i sin helhet anses ikke som en meningsbærende enhet, men det velges ut tekst som bærer med seg en kunnskap om et av temaene som er valgt (Malterud, 2011). De meningsbærende enhetene kan kalles for tekstbiter, og de kan være en enten lange eller korte. Tekstbitene skal sorteres, systematiseres og kodes etter hvilket tema de hører tilhører. Temaene er veivisere for hvilke tekstbiter som blir funnet, og nye tema kan bli oppdaget i denne prosessen. Det bør noteres i prosjektloggen når det forekommer nye funn for å holde oversikt (Malterud, 2011).

Kodene som dannes i dette trinnet kalles for systematisk dekontekstualisering hvor deler av teksten tas ut av sin opprinnelige sammenheng og kan finnes igjen under temaet de passer under (Malterud, 2011).

Tredje trinn er kondensering hvor kode skal gi mening. De meningsbærende enhetene skal identifiseres og kodes systematisk for å gi mening. I den prosessen vil noe informasjon falle bort, og en kondensering av innholdet vil la de meningsbærende enhetene bli igjen. De kodene som gir mye informasjon deles opp, og de kodene med lite innhold vil falle bort (Malterud, 2011).

Når materialet sorteres vil det danne seg subgrupper som er en analyse av enhetene og som utarbeides i et kondensat. Kondensat er et arbeidsnotat som kan brukes som utgangspunkt for resultatene og skal gjenfortelle og sammenfatte det respondentene har fortalt (Malterud, 2011).

Det fjerde trinnet i systematisk tekstkondensering er å gå fra kondensering til beskrivelser og begreper. Bitene skal settes sammen og sammenfatte det som er funnet i form av

gjenfortellinger. Dette legger grunnlaget for nye beskrivelser og begreper som gjenfortelles ved tekst (Malterud, 2011).

2.10 Forskers forforståelse:

I møte med respondentene vil forsker alltid ha en forforståelse i følge Dalen (2011). Forforståelsen innebærer meninger og oppfatninger om fenomenet som skal studeres. Denne forforståelsen bør brukes til å få en bedre oversikt over respondentenes opplevelse og beskrivelse av fenomenet (Dalen, 2011). For mange er denne forforståelsen ubevisst nødvendig for å forstå virkeligheten. Forforståelsen kan påvirke hva forsker observerer og tolker det som observeres. Dette er basert på egne erfaringer og oppfatninger, men kan og være basert på forskningsbasert kunnskap. Informasjonen som blir vektlagt og brukes er valgt på grunnlag av forskers forforståelse og oppfatning (Johannessen et al., 2010).

Forsker må være bevisst på egen forforståelse når data samles inn og resultatene skal nedskrives. De forskningsmessige prosedyrene må følges for og ikke basere studiet på eget initiativ (Johannessen et al., 2010).

Fenomenologisk forskning forutsetter at forsker skal sette sin egen forforståelse i parentes for å kunne gjengi informasjonen fra informantene så objektivt som mulig (Malterud, 2011).

Jeg jobber til daglig som sosionom på et akuttpsykiatrisk mottak ved et av de sentrale sykehusene i Oslo og Akershus. Mange av pasientene jeg møter har en selvmordsproblematikk og blir lagt inn med tanker, forsøk eller trusler om å ta sitt eget liv. Hovedansvaret mitt er å gjennomføre sosial kartlegging med pasienten hvor de selv forteller om sine levde liv. Min erfaring er at mange pasienter tenker de er for syke til å være i jobb eller aktivitet fordi de føler seg nedfor og har tanker om å ta sitt eget liv.

Den forforståelsen jeg hadde med meg inn i dette studiet var basert på å stå i disse truslene i et team hvor det er psykiater eller psykologspesialist som har ansvar for selvmordsvurderingen. Det er alltid noen å drøfte pasienten med, og pasienten utskrives alltid med en helhetlig vurdering.

2.11 Lover, regler og etiske hensyn:

2.11.1 Etiske hensyn:

I boken "Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode" er etikk definert slik: "Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering om handlinger er riktige eller gale (Johannessen et al., (2010) s 89. Hvordan menneske påvirker hverandre direkte eller indirekte kan skape etiske spørsmål. I forskning åpner det seg etiske problemstillinger spesielt når mennesker direkte berøres. Datainnsamling er eksempel på det ved at forsker stiller nærgående og intime spørsmål, og det oppleves ubehagelig for deltageren. Forsker har ansvar for å behandle gitt informasjon med respekt og ikke henge ut deltagerne (Johannessen et al., 2010).

I Norge er det vedtatt forskningsetiske retningslinjer gjennom "Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora", NESH. Retningslinjene er basert på fire prinsipper; respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Alle som deltar i studiet skal behandles med respekt, og som forsker skal man sørge for gode konsekvenser og gjøre de uheldige konsekvensene akseptable. Prosjektet skal være rettferdig utført og gjøres tilgjengelig for alle. Forsker skal opptre ansvarlig, være åpen og ærlig mot både kollegaer og offentligheten (NESH, 2014).

Etiske utfordringer skal reflekteres over før prosjektet kan starte. Det er krav om "all vitenskapelig virksomhet skal reguleres av overordnede prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer" (Dalen, 2011, s 100). I 2001 trådte personopplysningsloven i kraft og det ble innført meldeplikt for prosjekter som inneholdt personopplysninger. Alle prosjekter som inneholder sensitive opplysninger har konsesjonsplikt. For å gjennomføre et prosjekt som innehar personopplysninger skal det sendes en søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, for godkjenning (Dalen, 2011). Dette prosjektet ble det søkt NSD med svar om ikke meldepliktig eller konsesjonspliktig, se vedlegg 4.

Det kan være lett å identifisere enkeltpersoner i noen studier da miljøene ofte er små og oversiktlige. Respondentene kan føle seg stigmatisert og hengt ut hvis funnene er av den karakter (Dalen, 2011). I dette studiet er det ikke noen steder gjengitt hvilke NAV-kontor som er representert og hvilket kjønn respondenten er. Dette for å sikre anonymiteten til respondentene og at de ikke skal føle seg uthengt.

Motstand mot prosjektet kan vise seg i engstelse hos deltagerne. Det kan være engstelse mot avsløringer som ikke er i tråd med god praksis. Forsker kan føle engstelse og ubehag, det kan

være vanskelig å finne en balanse mellom nærhet og distanse. Personlige opplevelser som blir fortalt kan vekke følelser hos deltagerne (Dalen, 2011). Noen av respondentene fortalte om hendelser i nære relasjoner som de opplevde som vanskelige. Under intervjuet passet jeg meg for å grave i dette samtidig som jeg fulgte opp det som ble fortalt. Jeg avsluttet intervjuene med å spørre respondentene om de følte de hadde delt for mye og om de hadde noen tanker om at dette burde jeg ikke sagt.

2.11.2 Lover:

Dette prosjektet er basert på forskningsetikkloven, helseforskningsloven og de generelle forskningsetiske retningslinjene fra NSD med fokus på frivillig informert samtykke og konfidensialitet.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning hvor det er mennesker involvert, og skal fremme etisk forsvarlig forskning både medisinsk og helsefaglig. Kapittel 3, søknad til NSD, og kapittel 4, samtykke, er sentralt for dette studiet (Helseforskningsloven, 2008). Helseforskningsloven var sentral for å søke NSD om godkjenning av denne studien.

NSD ble søkt til før intervjuene og undersøkelsen ble satt i gang for å sikre etisk forsvarlig helsefaglig forskning. Der ble prosjektet vurdert til og ikke å være meldepliktig fordi det ikke inneholder sensitive personopplysninger eller ble opprettet noe register over personer som deltok.

2.12 Informert samtykke:

Informert samtykke skal informere respondentene om studiets formål for å sikre frivillig deltagelse. Samtykke skal vise hovedtrekkene ved studiet og gi dem rett til å trekke seg når de måtte ønske det (Kvale & Brinkmann, 2009). Deltagerne skal gis tid til å reflektere over konsekvensen av deltagelse. Samtykke skal ikke gis under press og uten løfte om belønning (Halvorsen, 2002). Alle respondentene gav et aktivt samtykke, de takket ja per mail med forslag til møtetider og signerte samtykkeskjema.

2.13 Fordeler og ulemper med å delta i undersøkelsen:

Ved publisering av data oppstår det noen etiske overveielser om funnene som er gjort. Forsker er ansvarlig for å utgi alle funn, også de negative. Begrensninger og i hvilken grad funnene kan generaliseres skal komme klart fram (Halvorsen, 2002). Opplysninger som kan skade respondentene skal vurderes, og veies opp mot om betydningen av kunnskapen er større en risiko for å skade. Forsker har et overveiende ansvar for å reflektere over konsekvensene studiet kan få for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2009).

Fordelen med å delta i et studie kan være resultater og ny kunnskap som deltagerne kan nytte godt av.

2.14 Metodediskusjon:

Kvale og Brinkmann (2009) tar opp spørsmålet om objektivitet kan oppnås når kunnskapen er skapt gjennom intervju. Objektivitet som er fordomsfri vil kunne gi forskning som er systematisk kontrollert og verifisert. For å vurdere objektiviteten til teorien må det tas utgangspunkt om forsker sin etiske fremtoning ikke påtvinger respondentenes egne fordommer og ser de som de er. Et godt utført intervju kan betraktes som objektiv forskningsmetode hvis den ikke er ensidig (Kvale & Brinkmann, 2009).

Reliabilitet og validitet har sitt opphav i kvantitativ forskning. Reliabilitet beskriver studiet sin pålitelighet, hvordan data samles inn og bearbeides. Kravene til reliabilitet er ikke sett på hensiktsmessig i kvalitative studier av enkelte i fagmiljøet fordi det er samtalen som styrer datainnsamlingen, og forskeren er instrumentet. Tolkningen av datamaterialet er basert på forforståelse og erfaringen til forsker og vil ikke tolkes likt av en annen forsker (Johannessen et al., 2010). Kvale og Brinkmann bruker begrepene pålitelighet og gyldighet for å gjøre betydningen relevante for forskning basert på intervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom rapportering av framgangsmåten i forskningsprosjektet kan påliteligheten styrkes (Johannessen et al., 2010).

Validitet i kvalitativ forskning gir svar på om studiet og metoden undersøker det den skal undersøke. Begrepet har sitt opphav fra kvantitativ forskning, ”måler vi det vi tror vi måler?” Johannessen et al., (2010) s 230. Når validitet er brukt i kvalitativ forskning undersøkes det nærmere om funnene er i tråd med problemstillingen og har rot i virkeligheten (Johannessen et al., 2010). Forskingen vil kunne gi en gyldig og vitenskapelig kunnskap basert på dette.

Forsker skal sjekke feilkilder og ha et kritisk blikk på eget arbeid (Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker kan formidle resultatene til respondentene for å styrke troverdigheten ved å gi dem anledning til å få bekrefte resultatene. Resultatene kan også gjennomgås av andre fagpersoner med lignende kompetanse for å se om de kommer frem til samme resultat (Johannessen et al., 2010).

Kvalitativ forskningsmetode kritiseres ofte for og ikke å være tilstrekkelig vitenskapelige og for å være subjektive. Det er de sosiale fenomener som undersøkes og de er i stadig endring.

I denne studien var det forsker selv som var instrumentet og samlet inn data hvor formålet var opplevelsene til sosialarbeiderne med selvmord hos klienter. Interessen for problemstillingen er kommet til i egen jobbsituasjon. Det er tidligere tatt utgangspunkt i studier gjort på behandlere for hvordan sosialarbeidere opplevde selvmordatferd hos klienter. Forskning på sosialarbeidere som fagpersoner er det gjort lite på, og ingen norske studier er funnet uten at det er fasit for ingen studier.

Teorien i dette studiet er derfor bygget på utenlandske funn, stort sett fra USA. Dette kan være en svakhet i dette studiet, men etter gjennomgang av materialet med veileder ble dette prosjektet til.

Tolkingen var basert på egen forforståelse og erfaring satt i parentes. Funnene vil ikke gjelde for alle sosialarbeidere i NAV og kan ikke generaliseres. Intervjuene bar preg av å kunne snakke fritt med noen definerte spørsmål som ble stilt ustrukturert og uten systematikk.

Utvalget er basert på strategisk utvalg for å kunne samle inn nødvendig data fra den rette målgruppen (Johannessen et al., 2010). Respondentene måtte jobbe i NAV, og med klienter som skulle prøves ut i arbeidsrettet tiltak. Utgangspunktet for utvelgelsen var at respondentene skulle være sosionomer, men dette viste seg å være vanskelig. Det er ikke bare sosionomer som arbeider med arbeidsrettet tiltak så yrkesbetegnelsen måtte endres for å få tak i flere respondenter. Sosialarbeidere er en fellesbetegnelse for personer med ulik bakgrunn som jobber i offentlig etat. Utgangspunktet for rekrutteringen var et likt antall menn og kvinner som skulle intervjues, men dette ble vanskelig å gjennomføre. Utvalget ble som tidligere nevnt 4 kvinner og 1 mann.

Den vanskelige prosessen med å skaffe respondenter kan tyde på at det var flere som tenkte de ikke hadde noen opplevelser i arbeidet med denne gruppen klienter og ønsket derfor ikke delta. Resultatene må sees i lys av dette. Noen av respondentene som deltok hadde sterke

opplevelser med klienter som hadde en selvmordsatferd og det er nok ikke gjeldende for alle som jobber med tiltak i NAV.

Utvalget er lite, men respondentene arbeider på 3 forskjellige NAV kontor. Et lite kontor med et mindre antall innbyggere i kommunen og 2 kontorer med mange innbyggere i kommunen. Optimalt strategisk utvalg kan være vanskelig å finne og rekruttere til studier. Begrensningen skal dokumenteres og redegjøres for. Bekvemmelighetsutvalg kan brukes, det vil si å bruke nettverket til de som allerede har akseptert forespørselen (Malterud, 2011). I dette studiet deltok flere fra et kontor etter en henvendelse til leder for kontoret som er en tidligere kollega av undertegnede. Videre ble en av respondentene rekruttert gjennom ektefellen som er en kollega av undertegnede.

Noen fra utvalget jobbet i psykisk helse gjennom NAV og noen på NAV forvaltning som er underlagt den statlige delen av NAV. Dette gjør at noen har mye informasjon under et tema, mens andre har mindre. Dette varierer fra tema til tema og summen av informasjon er tilsvarende.

Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til respondentene. Dette kan påvirke hva som blir gitt av informasjon grunnet lojalitet til arbeidsgiver. Intervjuene ble holdt på kontorene til respondentene med unntak av et hvor det ble utført på et samtalerom utenfor selve avdelingen. Helhetsinntrykket er ikke at informasjon ble holdt tilbake, og respondentene virket ærlige på hva de har opplevd noe som vises i resultatene. Det ble fortalt om personlige opplevelser med selvmord og selvmordsatferd. Respondentene delte mye om seg selv og mennesker i nære relasjon under intervjuene og virket ikke til å holde noe tilbake.

Åpne spørsmål var fokus i alle intervjuene i tillegg til å følge opp det respondenten fortalte. Intervjuguiden var utgangspunkt for alle intervjuene, men ved de to første intervjuene måtte jeg se gjennom guiden før intervjuet ble avsluttet. Intervjuene bar preg av nervøsitet noe som ble tydelig under transkriberingen.

Intervjuene bør starte med brifing om formål med undersøkelsen og prosedyrene. Informert samtykke bør gjennomgås og forklares muntlig. Hvordan materialet skal oppbevares og hvem som har adgang til dokumentasjonen skal komme klart frem (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg startet intervjuene med en gjennomgang av studiet i tillegg til at jeg hadde sendt ut prosjektbeskrivelsen og samtykkeskjema på mail i god tid før intervjuene. Jeg forklarte

inngående hvordan innsamlet datamaterialet ville bli håndtert. Konfidensialitet brukte jeg god tid til alle respondentene slik at de skulle føle de kunne snakke fritt.

Ved og selv transkribere gjør forsker seg mer kjent med materialet og gir utgangspunkt for å endre spørsmålene eller legge til hvis informasjonen ikke er tilstrekkelig. Det skrevne materialet skal gjengi samtalen slik den ble i sin helhet (Malterud, 2011). Jeg transkriberte alle intervjuene selv og oppdaget underveis ny informasjon som jeg spurte om i de påfølgende intervjuene. I utskriftene har jeg forsøkt å vise hvordan samtale varierte fra en lang samtale med mye utfyllende informasjon til en annen samtale mer basert på konkrete opplysninger og fakta.

Når det gjelder studiets gyldighet bør det reflekteres over overrapportering eller underrapportering. Respondentene kan ubevisst overrapportere eller underrapportere for å skape et godt inntrykk i frykt for å gi inntrykk av slett arbeid med klientene. Tema for studiet, selvmord, er for mange i dag tabu og noe som ikke snakkes så mye om. Ansatte i NAV mange regler og prosedyrer for oppfølging av klienter som skal prøves ut i tiltak som skal følges. Derfor kan informasjonen være mangelfull i frykt for arbeidsgiver.

Forsker selv kan være grunnlag for andre feilkilder. Valg av spørsmål i intervjuguiden og oppfølgingsspørsmål og tolkingen underveis kan ha påvirket resultatene. Jeg har hatt høyt fokus på dette underveis i denne studien og satt av tid etter hvert intervju for å reflektere over hva som ble sagt og gjort.

Refleksivitet over egne resultater og konklusjoner, samt evnen til å stille kritiske spørsmål vil kunne bidra til en mer objektiv fremstilling av studiet (Malterud, 2011).

3.0 Resultater:

Ved gjennomgang av analyse materialet ble det oppdaget 4 tema som var sentrale i forhold til problemstillingen. Temaene forteller noe om opplevelsene sosialarbeiderne har når de arbeider med klienter som har en selvmordsatferd. To av respondentene rapporterte under intervjuene om opplevd selvmord blant klienter, to andre var usikre på om det var selvmord eller overdose, mens den siste respondenten hadde opplevd en klient som hadde gjort et alvorlig selvmordsforsøk. Videre hadde alle flere klienter som hadde selvmordstanker og selvmordsforsøk.

Under intervjuene fortalte respondentene om hva slags stress de var utsatt for og hvordan de forsøkte å finne mestringsstrategier. Videre ble det gjort funn på hva slags tilnærming de hadde til klientene og hva slags ansvar de besitter både overfor klientene og arbeidsgiver som i dette prosjektet er NAV. Temaene blir presentert i følgende rekkefølge; stress, mestring, tilnærming og ansvar.

3.1 Stress:

Opplevelsen av stress ble beskrevet av alle respondentene, og de rapporterte om påvirkninger som at de føler seg slitne og kjenner belastningene på kroppen ved arbeid med klienter som har en selvmordsatferd. Det ble i tillegg rapportert om høye skuldre og intense situasjoner som kunne kreve mer ivaretagelse av seg selv.

”Klart det påvirker i den grad at jeg kjenner det på kroppen, så sånn sett blir det nok en større belastning å snakke om det” sa en av respondentene når hun beskrev hvordan det var å snakke om selvmordstanker med klienter. En annen fortalte ”jeg kjenner da på litt høye skuldre sånn litt inni mellom”.

”Man blir sliten nettopp fordi det er mennesker man har med å gjøre” beskrev en av respondentene, mens en annen respondent forklarte ”hvis jeg tenker på ting på T-banen og det ikke er bevisst, da har det vært en spesiell dag” om arbeidsoppgaver ble opplevd.

”Jeg føler stress fordi jeg har så mye å gjøre, jeg har masse oppgaver her og alle disse mennesker” kom som en beskrivelse om hvordan stress i forbindelse med jobb påvirket, og en annen sa; ”du blir sliten, noen ganger hjelper det ikke hvor mye grenser du setter”

Klienter med en selvmordsatferd påvirket tydelig respondentene ut i fra deres utsagn både kroppslig og kognitivt. De uttrykker stress som de ikke mestrer og en manglende strukturert

veiledning. På spørsmål om hvilken type veiledning de deltok i, svarte en respondent dette; ”Ikke sånn organisert eller planlagt i hvert fall, men når jeg har hatt en vanskelig samtale så kan vi snakke litt om den også har vi gått inn til hverandre og litt sånn”.

Som utgangspunkt rapporterte alle respondentene under intervjuen at de ikke tok med seg vanskelige situasjoner hjem når arbeidsdagen var ferdig. En uttalelse var ”selv om jeg klarer å legge stort sett mye av det når jeg går hjem å legge det igjen på jobb”. En annen fortalte ”skal du overleve i den her type jobb, du kan ikke ta det innover deg”. De fortalte om viktigheten av å la jobb være jobb og koble av når du kom hjem.

Utover i intervjuene kom det frem andre opplevelser enn det som først ble beskrevet. Noen klientsituasjoner gjorde inntrykk og som de tenkte på etter arbeidstid viser at respondentene ikke alltid klarer skille jobb og privat. En respondent fortalte under intervjuet ”det hender jeg tar jobben med hjem, ikke bare ved suicidale tanker, men jobben generelt” og legger videre til ”men det er jo brukere du får mer sympati for enn andre”. ”Det jeg tar med hjem nå, det er hvis jeg er veldig sliten (...) da er det lettere å ta med hjem, det er vanskeligere å legge det fra seg”. En annen av respondentene fortalte ”å ta med hjem ja, det slet jeg jo veldig med når jeg var nyutdannet og det fikk jeg faktisk hjelp til (...) noen teknikker som jeg har jobbet litt med”, men senere i intervjuet sa hun ”jeg kan sitte på kvelden å planlegge hva jeg skal si til henne, fordi hun er så krevende i sin atferd sin samtalemåte”.

En av respondentene fortalte derimot ”som saksbehandler reagerer jeg profesjonelt, jeg kan ikke ta det innover meg selvfølgelig er det tragisk, men mitt fokus er dialogen” om hvordan personen opplevde å arbeide med klienter med selvmordsrettet atferd. ”Du tenker på det, men du må sette et skille for hva du skal med deg hjem og ikke” ble det fortalt under et intervju.

Opplevelsen av å arbeide med klienter som har en selvmordsatferd ble beskrevet av en respondent slik:

”Vi blir utsatt for så mange skjebner, det er så mange som forteller de fæle opplevelsene de har hatt som preger meg, jeg kjenner på meg at dette er tunge greier å høre de historiene”. En av dem sa ”jeg har blitt flinkere med årene til å la det bare være historier og ikke har noe med å gjøre” om hvordan det klientene fortalte ble opplevd. ”De følelsene er jeg ikke uberørt av, det å snakke med en person som ikke gir uttrykk for noe er jo en ganske krevende situasjon” var en rapportert opplevelse av en klientsamtale. Tre av respondentene syntes det

var vanskelig å snakke om selvmord med klientene og forsøkte å få samtalen inn på andre tema.

”Noen ganger har jeg vært flinkere til å sette grenser, men så tenker jeg de har jo kanskje behov for å snakke om det, og da er det ikke like enkelt”. Respondentene beskriver klientsituasjonene hvor det blir uttrykt selvmordstanker og planer som vanskelige og frustrerende. Sakene varer over tid og involverer ofte mange ulike instanser som sosialarbeider skal forholde seg til.

En av respondentene beskriver det slik: ”Han som ikke møtte opp, og da ble jeg veldig motløs, da kjente jeg lufta gikk ut av ballongen og hadde noen tanker om hvor teit jeg synes det var”, om en klientsituasjon hvor det var brukt mye tid og ressurser. Videre sa respondenten ”det påvirker meg veldig og jeg blir veldig bekymret” om hvordan denne klienten påvirket henne.

På spørsmål om hvordan respondenten blir påvirket privat ble det fortalt om personlige opplevelser: ”Det er noe helt annet hvis du forholder deg til vanskeligheter i vennekretsen, nære relasjoner, da er man i det hele tiden”.

”Før jeg begynte i NAV så hadde jeg klassekamerater som tok livet sitt, jeg prøvde å skjønne hvorfor noen valgte det, de tingene man har i bagasjen synes jeg er veldig verdifull” sa en respondent om hvordan personlige opplevelser kunne brukes i arbeid med klienter.

En av respondentene fortalte om en nær relasjon: ”Jeg har en datter som to ganger har truet med å ta livet sitt”. På spørsmål om dette har påvirket henne i jobb, svarer hun ”det påvirker meg nok sånn at det gjør at jeg ikke alltid blir redd, altså det har gjort at hvis noen truer med det på en måte, og de tenker at jeg feiger ut så gjør jeg ikke det”. Private erfaringer med selvmordsproblematikk kan brukes konstruktivt i klientarbeidet, men hos noen førte det til mer engstelse og redsel hvis klienten uttrykte selvmordstanker eller planer.

Det ble og fortalt historier om mennesker som hadde tatt livet sitt og en av respondentene fortalte under intervjuet: ”når jeg jobbet i psykiatrien var det en som faktisk tok sitt eget liv, også det synes jeg var tøft, mens jeg var på jobb”, og hun fortsatte videre ”jeg har det alltid i bakhodet når folk kommer med trusler nå”. For respondenten var hendelsen på en tidligere arbeidsplass fortsatt skremmende og satte sine spor i hvordan nye situasjoner ble håndtert.

Det ble også fortalt fra en annen respondent hvordan frykten for selvmord hos en klient hadde påvirket henne privat: ”jeg tenkte på det hele julen... eller litt sånn sporadisk og når jeg kom tilbake hadde han tatt livet sitt.. og da kjente jeg det var skikkelig ubehagelig.” Denne respondenten beskrev et ønske om innleggelse for klienten, men dette ble avvist og hvor klienten da tok livet sitt rett etterpå. Respondenten hadde gjort det som kunne gjøres for å få klienten innlagt og følte selv ikke et ansvar for det som hadde skjedd.

3.2 Mestring:

Det ble uttrykt fra alle respondentene hvordan de opplever stress i arbeidet med klientene på forskjellige måter. Respondentene hadde mange ulike fremtoninger når de møtte klientene og ulike nivå av opplevd mestring. Noen av dem fortalte om opplevde utfordringer når klientene hadde en selvmordsatferd og trusselen om å ta livet sitt ble uttrykt. En av respondentene beskrev det slik om hvordan det ble jobbet med klientene for å få klientene til å fungere i tiltak:

”Jeg jobber litt sånn arbeidsrettet så da er det jo karriere, veiledning og kartlegging og at man ser etter mestring, etter interesse, etter den indre motivasjonsdimensjonen. Det å finne noe der, at man opplever å få til gode erfaringer som man kan bygge mer på. Det at man har noe lystbetont rundt enn det man ikke mestrer å gjenta det, finne den ytre motivasjonen må til jeg bruker ganske lang tid på å bli kjent”.

En annen respondent uttrykte det slik:

”Jeg tenker jeg må være forsiktig med hva jeg presser på med, jeg bruker nok mer tid, tillater mer tid... er nok mer sensitiv overfor bruker, så når det ligger på bordet er det jo en... slags tillit til meg, og hvis vi attpåtil klarer å snakke litt om det og det er en konstruktiv samtale... så krever det mer tenker jeg at jeg har det i bakhodet”.

Dette viser hvordan respondenten må bruke lang tid på hver klient hvis det er en selvmordstrussel og hvor krevende det kan være. Samme respondent sier videre om viktigheten av å ta klienten på alvor:

”Når vi snakker med veldig frustrerte brukere som særlig ofte truer med det, så informerer vi om hva vi må gjøre, men vi kan også finne på å si ”nå er jeg veldig bekymret”, vi prøver å si at vi tror på det du sier”.

En annen respondent fortalte dette om individuell fokus på klientene; ”det jeg sier til den ene brukeren tør jeg nødvendigvis ikke si til den andre brukeren, den ene brukeren kan jeg gi masse informasjon på en gang, mens den andre brukeren må få det litt mer i porsjoner”. Dette viser hvordan noen av respondentene var opptatt av begrep som og ”tune-in” på klienten for å mestre klientene på en god måte.

En av respondentene uttrykte: ”Du prøver å roe situasjonen, skape en rolig setting og snu litt situasjonen, hva tenker du om fremtiden din og starter da kartleggingen. Starte løpet mot det å komme ut i jobb, det er jo det som er vårt fokus”. Respondentene fortsetter;

”Vi skal få til muligheter, vi skal gi folk troen på livet, hvis de kommer og kan brukes til noe skal de føle seg verdifulle. Det er i hvert fall mitt fokus, da tenker jeg at jeg må grave litt, bruke litt tid, og noen er veldig usikker på hva er interessen, hva de skal bygge på, og da er det en måte, man må gi de litt tryggheter... jeg hører hva du sier og sånn og sånn, hva skal du gjøre for å realisere og få jobb, hvilke trinn ser du for at byggsteinene skal gå og at de på en måte ser det i relasjonene de bygger”.

Det å ha fokus på egen mestring gir en trygghet i møte med klientene. Kunnskap om hvordan nå målet gir både respondenten de verktøyene som trengs for og sammen med klienten nå målet.

Respondentene rapporterte om viktigheten av å fokusere på tillit og respekt for å mestre oppgavene med klientene:

”jeg føler hun har tillit til meg og det er veldig viktig i denne jobben her, så neste gang hun kommer og er i samme situasjon så er det kanskje lettere for meg å si men kan du ikke prøve dette kurset her en gang i uken?”.

En god mestringsstrategi for hvordan håndtere klientene uttrykker alle respondentene som viktig for å kunne gi det lille ekstra, strekke seg litt lenger for å få klienten ut i tiltak.

Det kan virke som om kompetanse og verktøy hjelper respondentene til å bli tryggere i arbeidet med klientene og føle bedre mestring. Erfaring og kunnskap er ord som dukker opp under intervjuene; ”etter jeg tok motiverende intervju bruker jeg mye mer tid, jeg synes det er mye viktigere med kartlegging og bruker tid på relasjonen først” ble det sagt under et intervju.

”Av og til når du bygger relasjoner, hvis du ser du kan konfrontere med ting, så synes jeg det er greit, men man skal være veldig var med å gjøre det, for da må du kjenne personene og føle det er noe du kan konfrontere personen med”.

Denne respondenten vektlegger hvor viktig det å mestre de verktøyene som er til rådighet i møte med klienten. Opplevelsen av mestring og det å tilegne seg kunnskap er viktige verktøy for å gå inn i den vanskelige samtalen.

MI, motiverende intervju, hadde alle respondentene tatt kurs i, og en av respondentene beskrev hvordan klientarbeidet var mer ubevisst enn bevisst:

”Jeg har kurs i motiverende intervju... veiledningskompetanse og alt mulig, men man har jo sikkert lært mye ubevisst. Men jeg sitter ikke og tenker nå skal jeg bruke det jeg bruke det jeg bruker meg selv”.

Det sammen forteller en annen respondent ”jeg har nok mye verktøy uten at jeg er bevisst det... mye bruker du helt automatisk”. Det blir beskrevet fra en annen respondent; ”vi har veldig fokus på samtaleteknikker her nå, så jeg prøver jo på ambivalensvekt akkurat her og nå... som jeg ikke kan så godt”. Respondentene følte seg tryggere i møte med klienten når de følte de hadde gode mestringsstrategier.

Respondentene er åpne for å prøve nye teknikker og bruke de inn i klientarbeidet for kunne skape en trygghet mellom de involverte partene og selv føle bedre mestring.

”Motiverende intervju er jo en retning i NAV-systemet som vi har opplæring på, så bruker jo den typen der med åpne og lukket spørsmål for å komme i dialog og i prat med bruker”.

Motiverende intervju er en metode respondentene kunne bruke for å åpne opp for samtale og dialog, noen bruker det bevisst andre mer ubevisst.

3.3 Tilnærming:

Alle respondentene hadde erfaringer med klienter som uttrykte ønske om selvmord, men hvordan de tilnærmet seg tema var ulikt. Noen var ikke engstelige for å møte tema med åpenhet og samtale, mens andre tenkte de ikke ønsket å ta det opp eller grave i tematikken. ”I stedet for å sitte og pirke på hennes suicidale følelser kunne jeg prøve å gå videre, jeg fant en løsning for henne”, sa en av respondentene om hvordan tanker om selvmord kunne håndteres. Hvordan klientene uttrykte ønsker og tanker om selvmord var også forskjellig fra klient til klient, og noen av utsagnene var reelle mens andre var trusler for å oppnå en gevinst. ”Det kan komme ganske sånn automatisk i forhold til å protestere, prøve å komme gjennom til et system som de kanskje ikke passer inn på noe vis”, var en beskrivelse for hvordan noen klienter forsøkte å få gjennomslag for noe de ønsket. Klienten til en av respondentene ble oppfattet slik: ”jeg har lest legeerklæringer hvor hun har vært suicidal og er litt sånn på nippet da, så henne er jeg litt forsiktig med”. Det er variabelt hvordan respondentene tilnærmer seg klienter med selvmordsatferd, for noen er det prosedyre å kontakte helseinstans ved bekymring. Andre ser det mer naturlig og selv vurdere alvorsgraden av selvmordsfaren. En av respondentene beskriver hvordan man tilnærmer seg selvmordstruede klienter slik; ”måten du snakker med folk som er suicidal, jeg tror du snakker med folk på en litt annen måte uten at du er det helt bevisst”.

En annen respondent forteller:

”Det er det om de mener det eller ikke, for noen ganger kan du få følelsen av at de bare slenger det ut for å oppnå noe mer penger eller noe annet ikke sant, og hele tiden balansegangen mellom; mener de det eller mener de det ikke”.

Denne beskrivelsen forteller noe om hvilke vurderinger som respondentene må gjøre i samtale med klienten. Truer klienten for å oppnå noe eller er dette reelt?

”Når man får en sånn type telefon før de havner på akuttpsykiatrisk så prøver man å roe ned situasjonen”, kunne en respondent fortelle. Det var noen forskjeller i håndtering av selvmordstruede klienter, men alle respondentene fortalte de varslet enten fastlege eller behandler på DPS (distriktpsikiatrisk senter) for å få en vurdering av selvmordsfaren hvis de var bekymret.

”Jeg og en kollega dro hjem til han og da hadde jeg fått ordnet en time til han på DPS, vi dro hjem og hentet han hjemme hos moren og dro rett til DPS hvor han ble tatt veldig alvorlig” sa en respondent om hva som skjedde når mor til en klient ringt og uttrykt bekymring. Videre forteller respondenten.

”Det finnes en rutine hos oss om trusler om selvmord så vi har en liten strategi og den ene er at vi må vurdere vår relasjon til brukeren. Det vi skal si bruker som truer med selvmord, da skal vi informere om at vi tar det veldig alvorlig, at vi tror veldig på det når de sier sånt og at vi da må varsle helsevesenet. Vi kan ta kontakt med fastlege og DPS og vurdere om vi må sende et akutteam eller eventuelt om vi skal komme på hjemmebesøk umiddelbart”.

Vurderingene er vanskelige for respondentene når klientene truer med selvmord, og en av dem fortalte:

”Det er tungt og utfordrende, for det er som om noen slenger det ganske lett ut og du lærer deg å kjenne de, men samtidig så slenger de det ut lett, og samtidig så ligger den og murrer der uansett, er det den her gangen? Er det den her gangen hun mener det, ja altså det spiller jo på dine følelser for du er jo bare et menneske.”

Trusler om selvmord og håndteringen av truslene er noe respondentene må forholde seg til i flere klientsaker:

”Etter hvert så fortalte hun at hun hadde en pistol og at hun skulle skyte seg i hodet, de samtalene var til dels utfordrende ja. Mor var og med på de samtalene og ikke sant, og redselen til mor? (...) Det her kan ikke NAV sitte med alene, for vi satt helt alene med den saken der.”

Dette er en hendelse som sosialarbeiderne kan stå over i løpet av en arbeidsdag. Alle respondentene beskrev alvorlige situasjoner de stod i hvor klienten fortalte om selvmordsplaner. Her beskriver en respondent en liknende situasjon:

”Det er flere som har sagt; det kanskje best jeg ikke er her lenger. Noen ganger så vurderer jeg, men det er ikke alltid jeg vurderer det som reell fare for at de skal ta sitt eget liv, men det er sånn man hører i blant”.

Samme respondent sier om en annen situasjon;

”når en eldre dame sitter der og prater og har masse masse på hjertet fordi hun har ingen andre å snakke med, også gråter hun og sier ”nei, noen ganger så tenker jeg det beste jeg ikke er her lenger”, så tenker jeg det er ikke sikkert hun mener det. Ja, jeg kan jo ikke være sikker”.

Det kommer tydelig fram hvor usikker respondenten kan føle seg når det tas en vurdering av situasjonen og alvoret i utsagnene om selvmord. I den sammenheng drar flere fram behovet og nytten av veiledning og debrifing av kollegaer.

På spørsmål om vurdering av selvmordsfare og om det ble gjort av respondenten ble det beskrevet slik;

”hvis du får en telefon, ikke så ofte jeg gjør det og nå er det lenge siden, men da gjør jeg jo en vurdering om hvor reelt det er, og det er jo en suicidvurdering hvis vi velger å ta kontakt med leger så gjør vi jo det (...) selv om vi ikke behandler helseaspektet så er det jo der (...) men vi er veldig tydelig på at vi ikke skal behandle en person, det skal vi ikke”.

Det er flere av respondentene som forteller at helse ikke er deres ansvarsområde, men i utstrakt grad tar de på seg dette ansvaret gjennom vurderinger av alvorligheten i truslene om selvmord. Respondentene kontakter leger, psykologer eller andre behandler når de føler situasjonen blir for alvorlig og ikke lenger er forsvarlig. Dette illustreres med følgende sitat:

”Hvis det er reelle planer eller man er svært bekymret, så er det på en måte det å jobbe med å få etablert en kontakt med en oppfølging som trengs, ta kontakt med å få avtaler”, og videre sier respondenten;

”det er jo veldig godt å ha de grunnprinsippene og kunnskapen om selvmord da, det å spørre direkte, finne ut hvor nært er de planene og får gjort noen avtaler. I hvert fall få sikret en ivaretagelse som gjør at det snur”.

Også denne respondenten forteller om hvor stor fare det er for om klienten tar livet sitt eller ikke. Samme respondent sier og ”det er ikke sånn at man skal synse om, så vi er nødt til å ta kontakt heller en gang for mye enn en gang for lite”. Samtidig er det ikke alle gangene andre instanser blir kontaktet når en klient forteller om selvmordstanker og planer eller har en atferd som gir grunnlag for mistanke.

Respondentene rapporterte om situasjoner hvor de ikke ringte til fastlegen eller behandler, men de tok selv den vanskelige samtalen enten på telefon eller ved å dra hjem til klienten:

”Det var et tilfelle hvor hun ringte meg og sa hun ville ta livet sitt og hun ville bare si i fra, og hun sier jo i fra fordi hun vil ha hjelp. Det var mye fram og tilbake på telefon og jeg spurte hvor reelt det var og hun sa hun tuller ikke. Jeg og en kollega dro, jeg fikk tillatelse av henne og vi dro ut, og da lå hun på sengen, naken, og hun hadde da seng i stuen og vi hentet en stol og satt der i 3 timer og pratet med henne. Hun fortalte og fortalte og fikk da ut en del frustrasjon sannsynligvis... så etter 3 timer sa hun noe om at nå var hun sliten og trengte å sove, og da hadde vi samtalen hvor er du nå og ønsker du å ta livet ditt, ikke sant? Og kan vi gå, reise nå, får vi høre i morgen at du har gjort det på en måte eller ikke? Så lagde vi en plan hvis faren kom tilbake i løpet av kvelden hvem hun skulle kontakte”.

Etter vanskelige samtaler som beskrevet over uttrykker alle respondentene behov for debrifing, men hos flere av respondentene er ikke dette satt i system. De går mer innom en kollega hvis de har tid og snakker litt. For noen av respondentene er ikke dette nok, og de ønsker seg systematisk veiledning og oppfølging.

Hvordan klientene reagerer på håndtering av trusler om selvmord er ulikt, noen kan synes tiltakene er overdrevet mens andre kjenner det er trygt å bli tatt på alvor. ”Det ofte sånne som truer med selvmord på telefon og som synes vi overreagerer så voldsomt da, ”forteller en respondent om opplevde reaksjoner. En annen av respondenten beskrev en liknende hendelse om hvordan en klient hadde reagert;

”når du sier sånn må jeg ta deg seriøst så nå ringer jeg til politiet, og politiet hadde dratt hjem til henne. Og hun hadde aldri truet med selvmordstrusler igjen når hun skjønte hun ble tatt seriøst selv om hun ikke var seriøs”.

Det ble videre beskrevet en situasjon hvor klienten følte takknemlighet når det ble reagert;

”mobilen var ødelagt, da var det legevakte som rykket ut, men det var en veldig bekymringsfull situasjon hvor det var en person som alltid svarte og som jeg visste hadde det svært vanskelig og som var på en terskel hvor alt kunne bli for mye. Og hun kom med en ganske sånn sterk opplevelse etterpå at hun virkelig følge seg sett, og det at hun også fikk en bekreftelse på at her jobber de faktisk for meg”.

Følelsen av å bli tatt på alvor betyr mye for klientene og kan være med å bedre samarbeidet mellom klient og sosialarbeideren forteller flere av respondentene. Det har blitt beskrevet hvordan det er enklere å komme i posisjon til å tenke tiltak når klienten føler seg trygg og sett. Respondentene snakket også om hvordan de reagerer annerledes når de hadde opparbeidet en kjennskap til klienten: ”Når du ikke kjenner bruker godt nok så tar vi kontakt med fastlegen eventuelt. Jeg har vært i kontakt med mange fastleger, jeg har jo ikke noen medisinsk ekspertise vedrørende det her, men har du godt... du kjenner bruker godt og du vet i de settingene er det fort gjort å si, men tar jeg livet mitt, så blir du kanskje litt mer overfladisk. Så det spørs litt på hvor godt du kjenner de”. Dette uttrykker hvor viktig det er å bli kjent med klienten for å kunne skape trygge situasjoner.

3.4 Ansvar:

Ansvar overfor arbeidsgiver og klient ble rapportert ulikt fra respondentene. Det varierte fra tanken om å få klienten til målet som er arbeid til det helhetlige ansvaret for klienten.

”Fordi jeg startet å jobbe i sosialtjenesten før det ble NAV i 2004, har jeg faktisk med meg den tankegangen at det faktisk er vårt ansvar på litt sånn lik linje som helsearbeidere. Etter at jeg begynte i NAV og vi liksom er statlig og kommunalt sammen, så er mye av den delen av det sosialfaglige glemt”.

Videre sier samme respondent; ”vi har det ansvaret alle sammen som ansatte i kommunene, som offentlig tjenesteyter så tenker jeg at når en borger av kommunen kommer hit, en borger av hvem som helst egentlig, så er det vårt ansvar” for å beskrive ansvaret de har for klientene som oppsøker NAV.

Hvordan respondentene arbeider med klienten kan virke som ikke alltid er forenelig med regler og prosedyrer på arbeidsplassen. For noen klienter blir forløpet for å motta ytelser fra NAV en vanskelig prosess:

”Vi sitter igjen med en seig materie som allerede har hatt AAP og som ikke kan ha det lenger, som kanskje er såpass dårlige at de burde hatt en uføretrygd, men de får ikke til det heller. De er sykere enn de som er på AAP og de er lite hensiktsmessig å jobbe arbeidsrettet med, den delen av brukere står ikke i noen planer, det er ikke noen plan for disse her sånn”.

Respondenten er oppgitt over hvordan noen klienter ikke klarer å gjennomføre de kravene som er satt og faller ut av systemet og forteller videre; ”de må bevise hvor syke de er, de vet hvor syke de er og så må de det i tillegg, det er en del om ikke orket det løpet der, de klarer ikke stå i det og bevise hvor dårlige de er.”

Respondentene forholder seg til flere prosedyrer og rutiner på arbeidsplassen De kan blant annet holde tilbake stønad hvis klienten ikke oppfyller de kravene som er satt. Flere av respondenten synes dette er vanskelig når klienten er syk og trenger hjelp: ”enten så må du i tiltak eller så stopper jeg pengene dine, jeg har rett til å gjøre det på en måte, men jeg tenkte jo den dama har det ikke bra”.

For noen av respondentene er kravet om å stoppe stønaden en vanskelig beslutning å ta;

”hun var uten DPS-behandling en stund, psykiatrisk sykepleier var inne i bildet, men det var ikke så lett å komme i posisjon der heller for hun åpner ikke døra. I de dårlige periodene var det vanskelig altså og hun sleit litt med og... Egentlig skulle vi stoppet

avklaringspengene, men hun gikk i, hun hadde jo... hun gikk jo på PUT og i den overgangen når hun skulle på DPS så skjedde det ganske mye... Hun fikk faktisk beholde pengene fordi det var så mye kaos, det er noe med å se litt individet i det hele og, for hadde vi stoppet pengene så hadde det blitt enda verre”.

Respondenten brukte tid under intervjuet med å forklare vurdering om ikke å stoppe stønaden selv når klienten ikke oppfylte kriteriene. ”Vi er jo bare mennesker som sitter på den andre siden og samtidig har vi et lovverk som vi skal forholde oss til”, forklarte samme respondent om det å forholde seg klientens behov og arbeidsgiver.

Flere av respondentene fortalte om frustrasjon hos klientene når de ikke følte seg ivaretatt. En fortalte:

”Det er ikke alltid meg personlig, men det er NAV, og jeg er jo NAV ikke sant. De kan sitte og kjeft på meg i 40 minutter, men så kan de si jeg vet det ikke er din feil, men NAV. Men det er jo... du har jo de som tenker at livet deres er kjipt på grunn av NAV. Vi har jo veldig mange brukere som har et vanskelig liv av forskjellige grunner, og så det eneste NAV gjør er å hjelpe dem så de har noe å leve av og samtidig komme ut i jobb igjen”.

For å beskrive arbeidsoppgavene sa en av respondentene dette: ”Vår samfunnsrolle for å få tilbake i jobb, vi skal ikke behandle de, men de skal gjennom de tiltakene vi har så er det de selv om skal sitte i førersetet”. Klienten skal være med å bestemme, men målet skal være å komme tilbake til jobb i følge respondenten.

”Min jobb er å få flest mulig ut i tiltak som kan føre til jobb, og det er det jeg skal snakke med folk om. De fleste er motvillige eller skeptiske, men det går greit til slutt”, var definisjonen om rollen som arbeidstaker fra en av respondentene.

Hvilken nytte klienten har av tiltak og oppfatningen av det kan være ulikt hos klient og respondent; ”han kan egentlig jobbe, han må bare ha litt mer støtte, for jeg tenker han måtte

ha arbeid med bistand over et par år, men han ville ikke. Han ville ha belønning nå, men samtidig var han så skjør”. Klienten ville ut i jobb med en gang og tjene penger, mens respondenten forsøkte å holde litt igjen for å ha bedre sjanse til å lykkes med tiltaket. Noen klienter ønsker svært gjerne å komme seg ut i arbeid for å tjene penger; ” jeg sier til henne hvis hun får jobb selv så bare gjør det, søk jobber og gå på intervju, men jeg tror ikke hun får noen jobber” forteller en respondent om en klient som ikke var egnet for å være i tiltak.

Respondentene tar hensyn til klientene og prøver hele tiden å finne løsninger, men for noen klienter blir kravene om tiltak slitsomme; ”generelt i NAV kommer det trusler hvis det er ytelse som står i fare eller folk er veldig slitne av tilbud om tiltakene våre, opplever liten nytte av det i forhold til egen livssituasjon”. Utfordringen for sosialarbeideren kan være når klientene har et annet bilde om hvor syke de er enn sosialarbeideren og hvilke tiltak som de kan føle nytte av.

”De som uttrykker selvmord er nok i den gruppen som er vanskeligere å få ut i jobb, som står langt i fra arbeidslivet i mye og mangt... det er nok veldig stor vilje til å ta tak, men de klarer det ikke på en måte. Det er for mye kaos på alle arenaer”. Respondenten kjente utfordringen på kroppen og brukte mye tid på rydde opp i situasjonen rundt klienten for å komme i posisjon til å komme ut i tiltak.

”Jeg føler vi har fått mye mer ansvar for det hele menneske enn tidligere, vi prøver å ha fokus på at vi skal henvise de til helse... sosialkontoret var jo og sånn i sin tid at det er en søppelkasse på en måte, og NAV er og en søppelkasse. Vi får alt som ingen andre kan ta tak i, så det er mye helse på spesielt langtids sosialmottakere”.

Ansvar for klientene er ikke bare stønad og tiltak, men hele mennesket med ytre og indre kaos.

4.0 Diskusjon:

Problemstillingen i denne masteroppgaven er ”hvordan opplever sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettet tiltak å ha klienter med selvmordsatferd”. Funnene var fire hovedkategorier; stress, mestring, tilnærming og ansvar.

Respondentene i denne studien rapporterte om høyt nivå av opplevd stress i møte med selvmordstruede klienter. Stresset gikk utover både arbeidsoppgaver og den privates sfære. De fortalte om store stressbelastninger, kroppslige plager, slitenhet, sykemeldinger og hvordan de tenker på de vanskelige sakene etter endt arbeidsdag. Respondentene fortalte historier om vanskeligheter med å sette egne grenser og at de hadde stor bekymring.

Sosialarbeidere arbeider ofte med klienter med psykiske lidelser, og som har selvmordstanker og planer. Klienter med selvmordsatferd er en svært krevende gruppe å arbeide med, og opplevelsene i møte med denne gruppen klienter kan påvirke kvaliteten på arbeidet ved mindre konsentrasjon, lavere energinivå og stress (Ting, Jacobson & Sanders, 2011). Stress over tid fører til en lang rekke følelsesmessige reaksjoner som oppleves negativt, og når de varer over tid kan belastningene føre til sykdom (Håkonsen, 2014). Ubalanse mellom ytre krav og evnen til å mestre kravene utløser stressituasjoner hos individet (Selye & Hoff, 1978). Antonovsky (gjengitt i Heggdal, 2008) hevder at menneskene i sine omgivelser er stressfremkallende, og både indre og ytre faktorer kan påvirke stresset. Han tenker mennesker i utgangspunktet står i heterostase (uorden) med et ønske om entropi (balanse), og de to punktene er våre viktigste kjennetegn. Forsøk på å oppnå balanse kan utløse stress, og et iboende ønske om å være nærmest helse i kontinuumet er målet for de fleste individer (Heggdal, 2008).

Resultatene i denne studien sett i et salutogenetisk perspektiv viser hvordan arbeidet ikke alltid er helsefremkallende. Det er individuelle forskjeller i hvor høy stresstoleranse den enkelte har, og de generelle motstandsressursene (GMR) har en innvirkning på hvordan stress håndteres hos den enkelte. GMR skaper eller styrker opplevelsen av sammenheng gjennom livsopplevelser som er preget av indre sammenheng, opplevelse av medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det ble også i denne studien funnet store individuelle forskjeller for hvordan stresset ble håndtert. Der noen av respondentene var slitne og utbrente, ble det også rapportert fra noen respondenter en stressende arbeidsdag som ble opplevde som utfordrende på en positiv måte. I følge Larsen

(1996) er det individuelle forskjeller i hvordan stress oppleves og håndteres forskjellig. De som føler liten meningsfullhet og i liten grad benytter seg av egne kunnskaper vil oppleve arbeidet mindre positivt enn de som møter utfordringene med åpen armer (Larsen, 1996).

Stress skjer gradvis og er vanskelig å oppdage når det oppstår, og vi er sjelden klar over hva som driver oss til stress. Eksempler på kroppslig stress kan være spenninger, stramme muskler, lavere energinivå, søvnløshet og utbrenthet (Heggdal, 2008). Funnene gjort i denne studien stemmer overens med den faglitteraturen skriver om kroppslige opplevelser av stress. Kravene som skaper stress er skapt av enten individet selv eller omgivelsene, og individet mangler eller har ikke tilgjengelige ressurser til å håndtere utfordringene. Antonovsky (gjengitt i Antonovsky og Sjøbu, 2012) mener det å være utsatt for press er utviklende for individene hvis ressursene er tilstrekkelige i møte stressorene, og vil være styrende for hvor på helsekontinuumet man befinner seg (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Sele skriver i sin bok at for å redusere stress og de helseskadelige virkningene av stress må man ha en følelse av kontroll, mestring og evnen til å benytte seg av sosial støtte (Selye & Hoff, 1978).

I Antonovsky sin teori om salutogenese anses kunnskap, intelligens og selvoppfatning som viktige motstandsressurser i tillegg til verdier og holdninger. Ressursene gir indikasjoner på hvilken betydning stressoren har for individet, og hvordan man bedømmer sin egen sårbarhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Evnen til å tilegne seg kunnskap kan minske opplevelsen av stress, og forskning viser at den daglige treningen man får gjennom jobb og undervisning om selvmordsforebyggende arbeid økte forståelsen om selvmord. Økt forståelse kan bidra til en bedre håndtering av klienter med selvmordsatferd (Kodaka et al., 2013). Et sentralt funn i denne studien var opplevelsen av manglende mestring hos respondentene. En av respondentene gruet seg til å møte klientene med komplekse problemstillinger som var utfordrende. Respondenten satt hjemme kvelden før for å planlegge forløpet i samtalene. En annen av respondentene fortalte om møter med klienter hvor det var to saksbehandlere som møtte for å slippe følelsen av å stå alene med ansvaret.

Respondentenes beskrev i denne studien en opplevelse av å ha få eller ingen verktøy i møte med selvmordsproblematikk. De viser i studien at de er opptatt av å finne nye verktøy, og få ny kunnskap om hvordan de kan bruke de: ”Vi har veldig fokus på samtaleteknikker her nå, så jeg prøver jo på ambivalensvekt her og nå... som jeg ikke kan så godt”. Dette utsagnet

viser et ønske om redskaper og på stadig jakt etter verktøy for å oppleve mestring i møte med klientene.

Håndterbarhet er en komponent i teorien om sense of coherence, og når man har en opplevelse av håndterbarhet vil man ha bedre og flere verktøy som er kjent og kan brukes i møte med problemer. Individet har da ressurser til rådighet for å takle kravene man står overfor og vil ikke føle seg nedstemt og deprimert når situasjonen er utfordrende. Ressursene er mer tilstede hos den enkelte og opplevelsen av stress vil kunne oppleves mindre enn da verktøyene manglet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Veiledning og ny kunnskap er faktorer som kan gi følelsen av økt håndterbarhet, og gir en bedre mestring og helse som gevinst. Opplevelsen av mening vil også øke gjennom ny kunnskap, og oppgavene kan oppleves mer engasjerende. Følelsen av mening mobiliserer egne ressurser for å bedre kunne håndtere situasjonen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). I lys av funnene i denne studien vil økt kunnskap og fokus på strukturert veiledning gi respondentene opplevelse av høyere grad av mestring og mindre stress. Nye mestringsstrategier kan læres ved å få hjelp til å utvikle kognitiv fungering og evnen til å løse utfordringer/problemer gjennom sosial støtte, undervisning og trening (Larsen, 1996).

Forskning viser at sosialarbeidere opplever sterke reaksjoner i arbeidet med selvmordstruede klienter som skyld, skam og sinne fordi situasjonen føles uholdbar (Jacobson et al., 2004). Helsepersonell opplever utfordringer i arbeidet med mennesker som ønsker og forsøker å ta livet sitt, og det er vanskelig ikke å agere på de følelsene som vekkes. Følelsene kan vise seg i form av redsel og som kan føre til overbekymring og fokus på regler og prosedyrer. Skille mellom egen og den andres angst er vanskelig for helsearbeideren, og det bør være fokus på å sortere egne følelser gjennom hele klientforløpet (Skårderud et al., 2010). I denne studien ble det funnet hvordan noen av respondentene i mangel på verktøy og rutiner for kartlegging av selvmordsrisiko forsøkte og ”fikse” andre problemer for klientene sine. En av respondentene fortalte om en situasjon hvor klienten uttrykte ønske om å dø og hadde ingen opplevelse av å bli hørt av legen sin. Respondenten synes veldig synd på klienten og hjalp til med å skifte fastlege så klienten kunne få hjelp i stedet for å gå inn i problematikken. Gode mestringsstrategier og nyttige verktøy ville vært til nytte for respondenten i denne og liknende situasjoner. Fokus på empowerment kan hjelpe sosialarbeiderne til å ta kontroll over situasjonen og få til en endring, og kan læres gjennom trening, veiledning og kritisk refleksjon (Nyatanga & Dann, 2002). Man må selv ha tro på forbedring og økt mestring, for empowerment er en prosess hvor individet skal finne den indre makten til å ta kontroll over

situasjonen (Nyatanga & Dann, 2002). Empowerment har fokus på løsningen og ikke problemet, og mestring av situasjonen som er i tråd med en salutogen tilnærming (Gibson, 1991). For disse respondentene vil det å ha empowerment være viktig for å få fram ressursene som kan hjelpe til bedre mestring. Økt kunnskap hva som er deres styrker vil være et viktig bidrag i arbeidet med klientene. Empowerment er en følelse med pågående indre prosesser og det optimale målet for empowerment er «well-being», føle seg vel (Nyatanga & Dann, 2002).

Respondentene forteller om vanskelige problemstillinger og klienter som ikke møter til samtaler. De forteller om skjebner og livshistorier som påvirker dem. En av respondentene hadde nå en klient som hadde hatt mange forskjellige saksbehandlere de siste årene på grunn av sin vanskelige atferd. Respondenten fortalte om vanskeligheter med å sette grenser og følte liten grad av mestring: ”Hun er hva jeg kaller en ”menneskespiser”, så hun vekker mye omsorg hos hjelpeapparatet og hos enkeltveiledere, hun har ikke noe sånn hvor slutter du og hvor begynner jeg”. Respondenten forteller videre hvor lett man kan bli fanget av klienten og utføre tjenester man normalt sett ikke ville gjort. Dette viser også en manglende kunnskap og liten grad av problemfokuset mestring. Lazarus beskriver mestring som en prosess med to sentrale faktorer; problemfokuset mestring og emosjonellfokuset mestring (Lazarus & Folkman, 1984). De to faktorene er ikke motsetning til hverandre, men de er sentrale for å oppnå følelsen av mestring. Endring av situasjonen er vanskelig å oppnå med problemfokuset mestring fordi man er avhengig av ytre faktorer som man ikke råder over selv. Emosjonellfokuset mestring er en regulering av følelser knyttet til stress og opprettholder håp og optimisme for at man klarer å endre situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984).

Mestringsstrategier vises i overgangen fra når stresset oppstår når personene opplever og bearbeider opplevelsen. Dersom en situasjon oppleves som stressende vil individet ofte forsøke å endre situasjonen for å føle mindre ubehag. Endringen kan bestå av følelser, tanker, og handlinger og sammen utgjør de strategiene som brukes for å mestre ulike situasjoner og problemer (Frydenberg, 1997). Antonovsky og Sjøbu (2012) skriver om en helhetlig forståelse av mestringsbegrepet med fokus på de underliggende ressursene hos individet. De underliggende positive ressursene er de generelle motstandsressursene (GMR) som styrker utviklingen av mestring gjennom en opplevelse av sammenheng. Alt som kan stå i mot en stressor er motstandsressuser, og det er ressursene hos individet som omdanner oppståtte spenninger til opplevd stress (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Mestring av stress er sentralt i teorien om salutogenesen, og gjennom å bli kjent med seg selv kan man finne hvilke ressurser som kan dempe og mestre opplevelsen av stress.

Bevisstgjøring av seg selv på de vonde og gode erfaringene man tidligere har erfart kan bidra til å få en god mestring av stress (Heggdal, 2008). Mestring er i følge Antonovsky og Sjøbu (2012) sense of coherence (SOC), opplevelse av sammenheng (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Sosialt arbeid er en stressende profesjon, og stresset stammer fra arbeidet i seg selv og de forventningene klientene har til å få hjelp. Sosialarbeiderne står overfor et emosjonelt press med en intensiv og langvarig kontakt med mennesker som har store utfordringer i livet sitt, og dette kan føre utbrenthet og stress (Frankenhoff, 1998). Behovet for mestring ble også funnet i denne undersøkelsen. I en annen studie gjort av Gilbar (1998) svarte 60 % av respondentene som var sosialarbeidere om opplevd stress i jobb siste to år. I studien ble høy grad av SOC rapportert til å gi en bedre håndtering av situasjonene de stod i og det ga også gode mestringsstrategier (Gilbar, 1998).

Noen av respondentene hadde ikke noen form for strukturert veiledning på sin arbeidsplass og opplevde dette frustrerende. Det å stikke innom en kollega når man føler behov for samtale kan bygge opp samhørighet og nettverk i arbeidsmiljøet. Denne formen for ad-hoc veiledning kan også være til stort hinder for utvikling og implementering av ny kunnskap gjennom at gamle holdninger og strukturer blir overført videre. For å utvikle nye strategier og kunnskap bør det være en struktur og en arena for veiledning og undervisning (Ekman, 2004). Funnene i analysen av materialet i denne studien viste en tydelig forskjell mellom de respondentene som hadde strukturert veiledning og de uten. På de kontorene hvor veiledning og undervisning var satt i system var opplevelsen stress mindre og de følte bedre mestring enn hos de som hadde ”litt sånn tilfeldig kollegaveiledning” som en av respondentene beskrev.

I utvikling av den profesjonelle rollen som sosialarbeider har, er veiledning en sentral faktor og det kan påvirke klientarbeidet positivt. Målet med veiledning er å få økt profesjonalitet gjennom å forene det praktiske og teoretiske (Strømfors & Vindegg, 2002). Arbeidsplassen har stor betydning for deltagelse i samfunnet og mulighet for påvirkning. Gjennom selvstendige og komplekse arbeidsoppgaver som den ansatte evner å mestre blir mennesket bedre rustet til å møte utfordringer. Opplever man lite innflytelse i jobbsituasjon vil passivitet kunne overføres til andre situasjoner i arbeidslivet (Walseth & Malterud, 2004).

Respondentene som ble intervjuet i denne studien fortalte om hvordan de opplevde arbeidssituasjonen fokuserte mindre og mindre på sosialt arbeid som fag og mer og mer fokus

på resultatrapportering. Respondentene kjenner de ikke strekker til og at de har for lite kunnskap om håndtering av såpass dårlige klienter. Vi hører om og erfarer gjennom intervjuene at disse sosialarbeiderne har svært krevende klienter med sammensatte problemstillinger, og dette er alarmerende.

Frankenhoff (1998) skriver i sin studie at sosialarbeidere ikke definerer seg som helsearbeidere selv om diagnostisering og behandling av psykososiale forhold er en del av praksis i arbeid. Organisasjoner som driver med sosialt arbeid (her NAV) skal i hovedsak gi tjenester til individer og familier. Sosialt arbeid som profesjon går mer og mer bort fra å identifisere risikofaktorer i offentlig helse (Frankenhoff, 1998). Det akademiske grunnlaget i sosialt arbeid har i liten grad det som er nødvendig for å drive primært med forebyggingsarbeid eller tilnærming. Identifikasjon av høy eller lav SOC kan gi indikasjon på hvilke intervensjoner sosialarbeideren bør bruke for å øke motstandsressursene i individet (Frankenhoff, 1998). Flere av respondentene fortalte under intervjuene hvordan de ”fulgte magefølelsen” når de stod i situasjoner der klienten ytret selvmords ønsker. Noen tenkte de hadde kunnskap som ble brukt ubevisst, mens andre brukte spesifikke verktøy de hadde lært gjennom ulike kurs. Alle respondentene så ikke på seg selv som helsearbeidere eller behandlere, og derfor tok de ikke på seg ansvar som ikke var innenfor deres arbeidsfelt. Dette står i sterk kontrast til de oppgavene de faktisk rapporterte om i denne studien.

Trening i vurdering og håndtering av selvmordsatferd hos klienter har vist seg å gjøre sosialarbeiderne tryggere og bedre rustet i utøvelsen av eget fag. I en studie av Oordt (2009) ble deltagerne fulgt opp 6 måneder etter avsluttet undervisning om vurdering og tilnærming til selvmordsproblematikk. Der svarte 83 % av deltagerne om endring i hvordan de håndterte klienter med selvmordsatferd, og de følte seg tryggere på å snakke om selvmord og mer kompetente til å kartlegge selvmordsrisiko (Oordt, Jobs, Fonseca & Schmidt, 2009). Undervisning og trening kan gi sosialarbeiderne de verktøyene som kan benyttes i møte med selvmordstruede klienter. Verktøyene og bruken av dem i møte med klienten kan redusere det opplevde stresset og de kan lettere håndtere situasjonen (Sanders et al., 2005).

Sosialarbeidere bør ha bedre kunnskap om selvmord og selvmordsforsøk for blant annet å kunne redde liv. Det kan være svært traumatisk for sosialarbeidere i likhet med andre yrkesgrupper å miste klienter i selvmord. Arbeidet med klienter som uttrykker ønske om å dø er i seg selv stressende, og dette ønske kan øke angst og frykt hos sosialarbeideren (Feldman

& Freedenthal, 2006). ”Jeg glemmer aldri han (...) så jeg må på en måte ta de seriøst selv om jeg kanskje vet at, eller jeg kan jo aldri vite det, jeg kan jo aldri vite om de drar hjem og tar sitt eget liv”. Slik beskriver en av respondentene hvordan et selvmord hos en klient fortsatt satte sitt preg etter mange år. Hendelsen ble aldri glemt og flere ganger kom denne historien frem under intervjuet og redselen for selvmord hos klientene var alltid tilstede.

I et av studiene gjort av Sanders, Jacobson og Ting (2005) er det rapportert fra sosialarbeiderne om følelser som tristhet og sorg etter tap av klienter som tok selvmord. De opplevde sjokk og traume, følte seg nummen og forvirret og hadde problemer med å tro at klienten hadde tatt livet sitt (Sanders et al., 2005). Sosialarbeidere og andre terapeuter opplever personlige reaksjoner som kan finnes igjen hos pårørende når en klient tar selvmord, og det er rapportert om reaksjoner som får følger for deres profesjonelle rolle (Ting et al., 2011). Dette er kompliserte reaksjoner og erfaringer som absolutt trenger bearbeiding med faglig veiledning. Kunnskap om selvmord og selvmordsforebyggende arbeid kan styrke respondenten i sitt arbeid med klienten, minske stress og øke mestringsopplevelsen og også bidra til å takle en slik hendelse hvis den skulle komme.

Helsepersonelloven § 4 har satt krav om faglig forsvarlighet i arbeidet med selvmordsvurderinger. Ansvaret skal ligge hos en behandler, fortrinnsvis klinisk psykolog, lege eller psykiater. Annet helsepersonell skal henvide klienten til ansvarlig behandler for en faglig forsvarlig vurdering (Helsepersonelloven, 1999). Det fraskriver ikke annet helsepersonell fra å ta ansvar fra selvmordstruede klienter. Alle som jobber i fagfeltet psykisk helsearbeid bør ha kjennskap til de ulike risikofaktorene, og hvor klienten kan henvises for en vurdering ved mistanke om selvmordsrisiko (Skårderud et al., 2010). Sosialarbeidere som jobber i spesialisthelsetjenesten eller i kommunale tjenester har hatt en økning av klienter som har en høy selvmordsrisiko (Ting et al., 2011). Selv om respondentene i denne studien ikke så på seg selv som helsearbeidere, arbeider alle respondentene med klienter som har psykisk lidelse. I de yrkesetiske retningslinjene som er utarbeidet for blant annet sosionomer defineres arbeidsområdet som helse- og sosialfaglig: ”Helse- og sosialfaglig arbeid er et samlebegrep som benyttes som en generell betegnelse på barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere”, (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 2). De yrkesetiske retningslinjene sier noe om hvordan man skal opptre og om holdninger. De er regler som skal sikre et felles verdigrunnlag for yrkesgruppene. Det skilles ikke mellom helse og sosial fag, og klientene mottar helse- og sosialfaglige tjenester i følge dokumentene (Fellesorganisasjonen, 2015). Det

vil være vanskelig å forsvare en deling av begrepene da det ene ikke utelukker det andre. I denne studien er det funnet at respondentene kartlegger om det er risiko for selvmord, alvoret i situasjonen og om det er behov for å koble inn lege eller behandler. Disse situasjonene oppleves som alvorlige og komplekse. En av respondentene svarte dette på direkte spørsmål om ansatt gjorde selvmordsvurderinger: ”Hvis du får en telefon... da gjør jeg jo en vurdering om hvor reelt det er og det er jo en suicidvurdering hvis vi velger å ta kontakt med en lege”. Dette funnet forteller mye om hvor stort ansvar respondentene har i arbeidet med klienter som har en selvmordsatferd.

Skårderud et al., (2010) skriver i ”Psykiatriboken” at alle helsearbeidere i psykisk helsearbeid har et ansvar for å kartlegge selvmordsrisiko hos sine klienter. Helsearbeiderne bør derfor ha kjennskap til hvilke risikofaktorer som er tilstede hos et menneske som står i fare for å ta sitt liv. Disse risikofaktorene er psykiske lidelser, rusavhengighet, tidligere forsøk, brudd i relasjoner, lite sosialt nettverk, utskrivelse fra døgnavdeling, selvmord i familien og ærekrenkelse (Skårderud et al., 2010). To av respondentene som ble intervjuet hadde et lite kurs om hvordan møte den selvmordstruede klienten. Kurset de nevnte var et kommunalt undervisningsprogram ”Førstehjelp til selvmord”. Dette kurset viste seg å være nyttig i møte med de selvmordstruede klientene. Ut i fra materialet i denne studien viser respondentene å ha lite kunnskap om selvmordskartlegginger. I mangel på kunnskap og verktøy benytter de erfaringsbasert kunnskap og tilfeldige nedskrevne rutiner i den grad det fantes noe.

”De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern” har fokus på forebygging og tilgjengelige tjenester for å sikre en forsvarlig kartlegging av selvmordsrisiko. Målet med retningslinjene er å kvalitetsforbedre arbeidet med selvmord og gi ansatte i psykisk helsevern en veileder i møte med selvmordstruede mennesker og deres pårørende (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Ingen av respondentene nevnte retningslinjene som veiledende i sine vurderinger av selvmordsrisiko under intervjuene i denne studien. Callahan (1996) fant at andre fagmiljøer hadde utviklet retningslinjer om selvmordsforebygging og anbefalte lignende i sosialt arbeid (Callahan, 1996). Retningslinjer vil kunne heve kompetansenivået og i større grad standardisere arbeidet med klientene. Ethiske og andre retningslinjer i sosialt arbeid er for generelle og lite spesifikke til å kunne brukes som svar på hvordan situasjoner som oppstår skal håndteres. Utvikling av retningslinjer for sosialarbeidere som vurderer selvmordsrisiko hos klienter, blir en standardisering av hva sosialarbeidere allerede gjør i dag (Callahan, 1996). Det ble i denne studien rapport fra respondentene en

opplevelse av å mangle retningslinjer eller rutiner for hvordan man håndterer en situasjon hvor klienten truer med å ta livet sitt. Kun en av respondentene kunne under intervjuene vise til en konkret rutine som var utarbeidet på den gamle sosialdelen av trygdekontoret før det ble NAV.

Sosialarbeiderne kan være en ressurs i arbeidet med forebygging av selvmord, for de kan følge opp klientene på en helt annen måte enn en klinisk behandler kan. Sosialarbeiderne arbeider med klienter som står utenfor arbeidslivet og det er en stor risikofaktor for selvmord, og spesielt når fraværet har vart over lang tid (Bergmans et al., 2009). Sosialarbeidere bør derfor få en bedre opplæring i håndtering av selvmord for å kunne gi klienten best mulig hjelp, og derigjennom få den støtten de trenger i møte med selvmordstruede klienten. Ansatte i kommunal og statlig førstelinjetjeneste møter ofte klienten før andre instanser, og står derfor i en særstilling i kartlegging av de psykososiale utfordringene. De vil være de første som får kjennskap til tanker og planer om selvmord. Noen av respondentene her hadde en opplevelse av å være de som måtte få i gang et støtteapparat rundt klienten. De fikk inn andre instanser når det var nødvendig, de kaller inn til ansvarsgruppemøter og får klienten til fastlegen eller DPS når situasjonen er prekær. Respondentene forteller om opplevelser de har hatt i konkrete situasjoner hvor klienten har truet med å ta livet sitt og de følte de stod helt alene i svært sårbare situasjoner.

Herrestad og Larsen (2012) skiller i sin artikkel ”Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsfare” mellom kartlegging og vurdering. De argumenterer for at helsepersonell generelt skal kunne ta en kartlegging, for der skal det avdekkes om selvmordsfaren er tilstede og ikke igangsettes tiltak eller gjøre vurderinger. For å gjøre kartleggingen kreves det kunnskap om høy og lav risiko for selvmord (Herrestad & Larsen, 2012). Alle sosialarbeidere som er i kontakt med mennesker som har en selvmordsatferd bør på få opplæring i kartlegging av risiko for selvmord og selvmordsforebyggende arbeid.

5.0 Konklusjon:

Denne studien viser at sosialarbeidere som jobber med selvmordsproblematikk opplever høy grad av stress som får konsekvenser for respondentene både privat og profesjonelt. Stress kan føre til redusert mestringsfølelse og liten grad av kontroll. Et viktig funn i denne studien er også hvordan respondentene opplever at de har liten kunnskap om kartlegging av selvmordsrisiko, og føler det er vanskelig å håndtere disse klientsakene på grunn av manglende kompetanse. Trygghet, trening og profesjonell veiledning er funnet til å være sentrale faktorer for å kunne mestre arbeidet med suicidale klienter ut i fra funn i studien. Det vil være hensiktsmessig å innføre rutiner og retningslinjer som kan støtte sosialarbeideren i kartleggingen av selvmordsrisiko for å dempe stress og øke følelsen av mestring.

Denne masterstudien er en liten studie og resultatene kan derfor ikke generaliseres. Veien videre for å utvide feltet kan være å undersøke flere respondenter i større kvalitative studier, og også kombinere dette med kvantitative forskningsdesign med fokus på forskjellige selvrapporteringsskjema. Dette kan bidra til å utdype flere elementer som er viktige og essensielle for å få bedre kunnskap om sosialarbeidere sitt møte med suicidalitetsproblematikk, og hvilke redskaper de skal ha til å mestre disse stressfulle situasjonene.

Litteraturliste:

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bergmans, Y., Carruthers, A., Ewanchuck, E., James, J., Wren, K. & Yager, C. (2009). Moving from full-time healing work to paid employment: Challenges and celebration. *Work*, 33(2009), 389-394.
- Callahan, J. (1996). Social work with suicidal clients: challenges of implementing practice guidelines and standards of care. *Health Soc Work*, 21(4), 277-285.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: Sage.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforl.
- Ekman, G. (2004). *Fra prat til resultat: om lederskap i hverdagen*. Oslo: Abstrakt forl.
- Feldman, B. & Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: an unmet need? *Suicide and life - Threatening behavior*, 36(4), 467-480.
- Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 08.05 fra https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf
- Frankenhoff, C. (1998). Antonovsky's sense of coherence concept: an instrument for primary prevention in social work services. *International Social Work*, 41(4), 511-522. doi:10.1177/002087289804100410
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*, 16(3), 354-361.
- Gilbar, O. (1998). Relationship Between Burnout and Sense of Coherence in Health Social Workers. *Social Work in Health Care*, 26(3), 39-49. doi:10.1300/J010v26n03_03
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2
- Herrestad, H. & Larsen, K. (2012). Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S. & Harrington, D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and nonfatal client suicidal behavior: A national study of mental health social workers. *Omega*, 49(3), 237-248. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/209691421?accountid=26439>
<http://openurl.bibsys.no/openurl?issn=00302228&aulast=Jacobson&aufirst=Jodi&title=Omega&atitle=Prevalence+of+and+reactions+to+fatal+and+nonfatal+client+suicidal+behavior%3A+A+national+study+of+mental+health+social+workers&volume=49&issue=3&date=2004&pages=237&isbn=>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforl.
- Kodaka, M., Inagaki, M., Pstuvan, V. & Yamada, M. (2013). Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(5), 452-459.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2011). *Salutogenese - teori og praksis*. Hentet fra <http://psykiskhelsearbeid.no/helse/>
- Larsen, R.-P. (1996). *Stress og mestring av stress*. Oslo: Universitetsforl.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mishna, F., Antle, B. & Regehr, C. (2002). Social Work with Clients Contemplating Suicide: Complexity and Ambiguity in the Clinical, Ethical, and Legal Considerations. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 265-280. doi:10.1023/A:1016045431637

- Mæland, M. K. & Jacobsen, F. (2011). Fenomenologisk vinklinger i forskning: Vitenskapsteoretisk blikk på møtet mellom forsker og informant. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(2), 157-168.
- NESH. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet
- Nyatanga, L. & Dann, K. L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3(3), 234-239. doi:10.1046/j.1466-769X.2002.00107.x
- Oordt, M. S., Jobes, D. A., Fonseca, V. P. & Schmidt, S. M. (2009). Training Mental Health Professionals to Assess and Manage Suicidal Behavior: Can Provider Confidence and Practice Behaviors be Altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 21-32. doi:10.1521/suli.2009.39.1.21
- Ottosson, J.-O. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sanders, S., Jacobson, J. & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: a qualitative investigation. *Omega*, 51(3), 197-215.
- Selye, H. & Hoff, N. (1978). *Stress uten press*. Oslo: Hjemmet Fagpresseforlaget.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. A. M. D. & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. I S.-o. helsedirektoratet (Red.). Oslo.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse: om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforl.
- Strømfors, G. & Vindegg, J. (2002). *Faglig veiledning i sosialt arbeid*. Oslo: Kommuneforl.
- Ting, L., Jacobson, J. M. & Sanders, S. (2011). Current Levels of Perceived Stress among Mental Health Social Workers Who Work with Suicidal Clients. *Social Work*, 56(4), 327-336. doi:10.1093/sw/56.4.327
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 1(124), 65-66. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2004/65-6.pdf>

Skjema for informasjon og samtykke:

”Hvordan sosialarbeidere som arbeider med arbeidsrettet tiltak opplever å ha klienter med selvmordsatferd.”

Forespørsel om deltagelse i forskningsstudiet:

Bakgrunn og hensikt for studiet:

Jeg ønsker med dette å be deg om å delta i et intervju i forbindelse med masteroppgave i psykisk helsearbeid på Høgskolen i Oslo. I forbindelse med utarbeiding av dette studie har jeg forsøkt å finne relaterte studier, men det viser seg det er gjort lite på dette i Norge og ditt bidrag vil føre en bredere kunnskap om emnet. Det jeg ønsker å vite mer om er hvordan du opplever å arbeide med klienter som har en selvmordsproblematikk, enten med en dødelig eller ikke dødelig utfall.

Utførelsen av intervjuet:

Intervjuet vil ha et semistrukturert innhold hvor det er 4 hovedspørsmål som ønskes besvart, men det vil ha en uformell struktur. Intervjuer er sosionom av utdanning og nå i slutfasen på masterstudiet psykisk helsearbeid og vil gjennomføre intervjuet som student på Høgskolen i Oslo. Du kan selv velge hvor du vil ha intervjuet og tidspunkt, kostnader til offentlig transport kan dekkes etter avtale.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd for å sikre god dokumentasjon og vil bli slettet etter transkribering over til skriftlig materiale. Personalial vil ikke bli oppgitt noe sted, eller arbeidsstedet for å sikre fri informasjonsflyt.

Selve intervjuet vil vare ca 1 time. Du vil ikke få vite spørsmålene på forhånd slik at svarene blir mest mulig spontane, men vil være nyttig å tenke gjennom problemstillingen på forhånd.

Informasjon:

Det å skulle snakke om følelser og opplevelse omkring selvmord kan være vanskelig for deg, det vil og kunne bringe frem vonde minner. Det er derfor satt av tid på slutten av intervjuet til en uformell prat om intervjuet hvor det er rom for å snakke om dette hvis det er aktuelt.

Informasjon om egen livsverden og opplevelse kan for noen føles fremmed når det er i jobbsammenheng, men det vil ha stor betydning for denne undersøkelsen og resultater. De opplysningene du gir vil kunne få innvirkning på utfallet av studiet og formidlet videre. Det er viktig å få formidlet til deg at det ikke vil være mulig for noen å vite at det var akkurat du som gav den informasjonen, da ingen andre enn forskeren selv som vil vite hvem som har sagt hva. Personalia vil ikke bli gjenkjent i oppgaven.

Deltagelse:

Frivillighet står sterkt, og du kan når som trekke samtykket og ikke delta i intervjuet uten å gi noen spesiell grunn for det. Det vil ikke bli rapportert til noen at du ikke deltok. Opplysningene behandles uten navn og fødselsnummer eller arbeidsplass. Det som vil bli sagt i studiet er kjønn, for det kan ha innvirkning på resultatet av undersøkelsen. Ellers vil resultatene ikke ha noen form for gjenkjennelse.

Kontaktinformasjon:

Har du spørsmål vedrørende studie, vennligs ta kontakt med prosjektansvarlig:

Jannicke Ugland, tlf 90535797, mail jannickeugland@gmail.com

Dato og sted:

.....

.....

Respondent

.....

Jannicke Ugland

Datamatrise:

	Påvirkning	Mestring	Tilnærming	Ansvar
Respondent 1	3 (2) 4 (2) 6 (1) 12 (6) 13 (2)	4 (2) 6 (2) 10 (2) 12 (1) 13(1)	2 (1) 4 (2) 5 (2) 6 (4) 7 (8) 9 (1) 11 (3)	5 (1) 7 (3) 8 (4) 9 (1) 10 (1) 11 (2)
Respondent 2	2 (3) 7 (3) 10 (3)	3 (1) 4 (4) 5 (2) 8 (1) 9 (1)	1 (1) 2 (2) 5 (5) 6(1) 8(1)	3 (3) 4 (2) 6 (4) 7 (3) 8 (3)
Respondent 3	9 (3) 10 (3)	2 (1) 3 (3) 4 (6) 6 (1) 9 (4)	2 (2) 4 (3) 6 (4) 8 (2)	1 (2) 2 (3) 6 (2)
Respondent 4	4 (3) 5 (3) 8 (2) 9 (2)	2 (3) 3 (1) 4 (1) 6 (3) 7 (2) 8 (3)	1 (4) 3 (1) 4 (1) 8 (4) 9 (2)	2 (3) 3 (2) 4 (1) 5 (2) 6 (1)
Respondent 5	1 (2) 2 (1) 6 (2)	1 (2) 2 (2) 3 (4) 4 (2) 6 (1) 7 (1)	2 (1) 4 (1) 5 (1) 7 (3)	2 (3) 4 (1) 5 (4) 6 (1) 51 (2)

Matrisebeskrivelse:

Temaene er angitt i den fargen som er brukt i materialet fra transkriberingen. Sidetall sitatene er funnet på står først og hvor mange antall sitater per side står i parentes. Fargene er brukt gjennomgående i hele materialet.

Gro Killi Haugstad
Institutt for sykepleie Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 24.11.2014

Vår ref: 40590 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40590	<i>Hvordan opplever sosialarbeidere som jobber med arbeidsrettet tiltak opplever å ha klienter med selvmordsatferd</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gro Killi Haugstad</i>
Student	<i>Jannicke Merethe Ugland</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektet endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jannicke Merethe Ugland jannickeugland@gmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme. Fordi det registreres bakgrunnsopplysninger om alder, kjønn, stilling og utdanning vil det være helt avgjørende at det ikke registreres opplysninger om arbeidsplass eller andre identifiserende kjennetegn i datamaterialet på noe tidspunkt.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.



DET KONGELIGE
ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENT

Jannicke Ugland
jannickeugland@gmail.com

Deres ref

Vår ref
14/3687

Dato
25.09.2014

Personlig henvendelse

Det vises til din e-post til Helse- og omsorgsdepartementet datert 15. september d.å. Som du er orientert om, er saken din oversendt Arbeids- og sosialdepartementet.

Vi anbefaler deg å ta kontakt med Arbeids- og velferdsdirektoratet med sikte på den informasjonen du leter etter. Det finnes mye statistikk også på NAV's hjemmesider (nav.no).

Med hilsen

Dagfinn J. Hansen (e.f.)
avdelingsdirektør

Stein Grøtting
seniorrådgiver



Jannicke Ugland <jannickeugland@gmail.com>

Vedr Masteroppgave om arbeidsrettede tiltak og suicidale klienter

1 e-post

Selnes, Christine <Christine.Selnes@nav.no>
Til: "jannickeugland@gmail.com" <jannickeugland@gmail.com>
Hei,

6. oktober 2014 kl. 13.16

Viser til eposten din datert 25. september.

Vi har ikke statistikk på selvmordsproblematikk blant brukere som mottar AAP. Det er heller ikke noen oversikt over hvor mange av våre veiledere som har opplevd selvmord eller selvmords trusler, som du etterspør i eposten din. Kan ellers nevne at vi har stort fokus på veiledningsmetodikk og motivasjonsarbeid, samt at bruker følges opp etter sitt individuelle behov.

Når det gjelder statistikk for øvrig finner du tallene på [nav.no](https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforepensjon+-+statistikk/Nedsatt+arbeidsevne). Statistikken som er utarbeidet er en rekke gitte kjennetegn. Legger ved lenken: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforepensjon+-+statistikk/Nedsatt+arbeidsevne>

Vi ønsker deg lykke til med en spennende masteroppgave!

Med vennlig hilsen
Christine Selnes