

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare

Sammendrag

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare retter seg mot alle fagpersoner som kan møte selvmordsnære mennesker. Det går over to dager. Kurset gir deltakerne mulighet til å utforske sine egne holdninger til selvmord og skaffer dem kunnskap og ferdigheter i å identifisere selvmordstanker og å gjøre en enkel risikovurdering. Kunnskap om intervensjon er samlet i en intervensjonsmodell som øves gjennom rollespill. Det legges vekt på planlegging av tiltak som kan forebygge skade og død, og bruk av det lokale nettverket.

Flere utenlandske evalueringsstudier konkluderer med at kurset øker kunnskap og ferdigheter og at deltakerne får større faglig trygghet i å intervenere i selvmordskriser. Kurset bruker varierte pedagogiske virkemidler, har et standardisert innhold og en implementeringsstrategi hvor lokale fagpersoner utdannes til kursledere. Det ble utviklet i 1980-årene i Canada, og har vært i bruk i Norge siden 1998.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 2240

Kirsti Silvola

kirsti.silvola@unn.no

Psykiatrisk forskning- og utviklingsavdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge
9291 Tromsø

Tordis Sørensen Høifødt

Psykiatrisk forskning- og utviklingsavdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Thorbjørg Guttormsen

Høgskolen i Tromsø

Olav Burkeland

Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF

Noen, muligens mange, selvmordshandlinger kan forebygges hvis selvmordsnære personer får støtte og hjelp (1). Det trengs hjelpere som kan identifisere dem som er i fare, og som kan intervenere slik at selvmordsat-

ferd unngås (2, 3). Kompetanseheving er et viktig element i selvmordsforebygging (4). Det trengs kompetanse på mange nivåer. Man kan snakke om førstehjelp ved selvmordsfare på lik linje med hjerte- og lunge-redning (5). Ved hjerte- og lunge-redning dreier det seg alltid om livstruende situasjoner. Noen selvmordsimpulser er så alvorlige at det foreligger fare for livet. Andre ganger kan det dreie seg om sterke psykiske smerter, men situasjonen er ennå ikke blitt livstruende. Tidlig identifisering av selvmordstanker gir i begge tilfeller mulighet for nødvendig intervensjon og kan forebygge skade og død. Det er viktig å øke kompetansen til dem som er til stede når en alvorlig situasjon oppstår inntil fagpersoner med høyere kompetanse kan overta. Forutsetningen for at førstehjelp skal kunne fungere er at det finnes et helsevesen som er lett tilgjengelig og kan ta over ved behov.

Bakgrunn

Foreningen for mental helse i Canada brukte et tverrfaglig team av fagpersoner tilknyttet universitetet i Calgary for å utvikle et standardisert førstehjelpskurs for hvordan man kan intervenere ved akutt selvmordskrise. Dette teamet dannet senere LivingWorks Education (6). Rothmans aksjonsforskningsmetode ble brukt i utviklingen av kurset (7). Denne metoden brukes for å omsette teoretisk, forskningsbasert kunnskap i praktiske og gjennomførbare tiltak. Hovedvekt legges på testing av innholdet i praksis og på evaluering av resultater. Til sist utvikles manualer og andre hjelpemidler, og implementeringen planlegges grundig.

Målsettingen

Deltakerne skal etter kurset føle seg tryggere og mer kompetente i å intervenere i akutte selvmordskriser. Målet er at selvmordstanker blir identifisert så tidlig som mulig og at aktuelle fagfolk blir kontaktet.

Innholdet

Kurset har fem moduler (tab 1) (8). I oppbyggingen av kurset brukes prinsipper fra voksenopplæringen. Deltakerne har allerede mange private og profesjonelle erfaringer og kunnskaper om selvmord, og de blir aktivt brukt i alle moduler. Bare 10–15 % av tiden blir brukt til tradisjonelle forelesninger. Det arbeides i grupper på henholdsvis 24 og 12 personer. Den læringen som krever en tryggere atmosfære, skjer i en gruppe på 12. To kursledere er til stede hele tiden. Et arbeids-

hefte blir brukt under hele kurset, og til slutt deles det ut en bok som utdyper det man har lært på kurset.

Introduksjon

I introduksjonsmodulen samles det først anonym bakgrunnsinformasjon om deltakerne og deres erfaringer med selvmord. Dette brukes videre som en måte å bli kjent med de erfaringer som folk har med seg. Deretter vises det en film, *Dødsårsak*, som utgangspunkt for diskusjonen i den påfølgende holdningsdelen.

Holdninger

Målet er å diskutere både filmen og egne erfaringer, og det legges vekt på hjelperens opplevelser. Til slutt drøfter man deltakernes respons på en holdningskartlegging. Hensikten er å gjøre deltakerne bevisst sine egne holdninger og se hvordan de påvirker samhandlingen med en person i selvmordsfare.

Kunnskap

Hoveddelen i kunnskapsmodulen dreier seg om identifisering av personer som kan være i selvmordsfare og en enkel risikovurdering. Forekomsten av selvmordsatferd gjennomgås.

Intervensjon

Den andre dagen er det hovedvekt på intervensjon. Kunnskap om dette er samlet i en intervensjonsmodell, som strukturerer en krisesamtale. Den blir delt i tre faser: utforskning, forståelse og handling. I hver fase har hjelperen to oppgaver. I utforskningsfasen skal hjelperen knytte kontakt og engasjere den andre i en samtale. Først har man ofte samlet informasjon om stress og/eller symptomer hos vedkommende som tilsier at situasjonen bør utforskes videre. Utforskningen avsluttes ved å stille et direkte spørsmål om han/hun har selvmordstanker.

Hvis svaret er ja, fortsetter man videre til neste fase, som gjelder forståelse. Målet er å



Fakta

- Førstehjelp ved selvmordsfare er et praktisk, tverrfaglig kurs som går over to dager
- Kurset legger vekt på kunnskap, ferdigheter og tverrfaglig samarbeid i møte med selvmordsnære mennesker

Tabell 1 Innholdet i kursets fem moduler

Modul	Innhold	Undervisningsmetode
Introduksjon 1 t 15 min	Samling og presentasjon av anonym bakgrunnsinformasjon om kursdeltakere (alder, kjønn, sivilstatus, kompetanse, erfaringer med selvmordsproblematikk) Informasjon om kurset og arbeidsformer Film <i>Dødsårsak</i>	Forelesning i en gruppe på 24 Undervisningsfilm
Holdninger 2 t 30 min	Filmen og egne erfaringer diskuteres Bevisstgjøring av holdninger ved hjelp av holdningskartlegging	Diskusjon i en gruppe på maks. 12
Kunnskap 3 t	Kunnskap om identifisering av selvmordsfare og risikovurdering. Forekomst av selvmordsatferd	Interaktiv forelesning i en gruppe på maks. 12
Intervensjon 6 t 15 min	Presentasjon av intervensjonsmodell hvor man går gjennom oppgaver, faser og samhandling i en krisesamtale Filmen <i>Det begynner med deg</i> Rollespill	Forelesning og diskusjon i en gruppe på 24 Undervisningsfilm Rollespill begynner i en gruppe på 24 og fortsetter i en gruppe på maks. 12
Ressurser 35 min	Ressurser i nærmiljøet	Diskusjon i en gruppe på 24

hjelpe personen i selvmordsfare til å kunne snakke om det som er vanskelig. I forståelsesfasen samler man informasjon om risikofaktorer. Man avslutter denne delen med en vurdering av selvmordsfaren, som formidles til vedkommende.

Siste fase er handlingsfasen. Man lager en plan som skal forebygge den umiddelbare faren og som skal bringe vedkommende i kontakt med mer kyndige hjelpere hvis den som yter førstehjelp ikke har nok kompetanse selv. Denne planen er avhengig av grad av selvmordsfare, samarbeidsevne og tilgjengelighet av ressurser. I implementering av planen har både hjelperen og den hjelpetrengende ofte sine ansvarsområder.

Etter presentasjon av struktur for samtalen vises en film, *Det begynner med deg*, som demonstrerer en intervensjon. I filmen presenteres tre alternative intervensjonsmåter og hvilke mulige reaksjoner de kunne ha ført til.

Den påfølgende undervisningen dreier seg om samhandling mellom hjelperen og den hjelpetrengende. Det fremheves at hjelperen har ansvar for å ta initiativ for å spørre om selvmordstanker, å samle informasjon om risikofaktorer og å lage en plan. Ellers skal hjelperen legge til rette slik at den som er i selvmordsfare, kan snakke om hvordan vedkommende har det og om sin ambivalens. Ambivalens får stor plass i undervisningen, siden forståelse av dette er en viktig forutsetning for videre arbeid. Når hjelperen har fått innblikk i hvorfor selvmord er blitt en mulighet og formidler dette til vedkommende, føler personen i selvmordsfare seg ofte forstått. Det å ha kjennskap til både ressurser hos personen selv og i omgivelsene er viktig for realistisk planlegging av hjelpetiltak. Det er viktig at hjelperen ikke går for

sakte eller for fort frem i samtalen i forhold til den hjelpetrengende. Vignetter i filmen blir brukt som hjelpemiddel for å tydeliggjøre dette. Modellen er fleksibel, og det kan være nødvendig å bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene.

Praktisering av intervensjon

Intervensjonsmodellen øves gjennom rollespill. Ofte skjer den viktigste læringen i rollespill når deltakerne selv kan øve på intervensjonsferdigheter eller være en person i selvmordsfare. Rammene rundt rollespillene er trygge og strukturerte, og vanskelighetsgraden øker gradvis. Først spiller kurslederne fire roller, og deltakerne øver på deler av en intervensjon. Til slutt øves hele intervensjonen slik at kursdeltakerne har rollen som hjelper eller som person i selvmordsfare.

Ressurser

Det legges vekt på ressurser i lokalmiljøet og på betydningen av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Der er viktig at lokale hjelpere kjenner til hverandre og til hverandres rutiner.

Bruk av kurset i Norge

Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge, som ble opprettet som en del av Handlingsplan mot selvmord i 1996, begynte å bruke kurset i 1998. Statens helsetilsyn har valgt å spre kurset til hele landet. Kurset er integrert i den nasjonale strategien for kompetanseoppbygging i suicidologi (9, 10).

Ved årsskiftet 1999/2000 ble undervisningsprosjektet Vivat opprettet. Vivat er lokalisert ved Psykiatrisk forskning- og utviklingsavdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge med to stillinger og med en regional koordinator i 20% -stilling i hver

helseregion. Finansieringen skjer gjennom Sosial- og helsedirektoratet. Vivat har ansvar for opplæring av kursledere og veiledere og for videreutvikling og kvalitetssikring av kursopplegget. Vivat samarbeider med Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo og med LivingWorks Education. I Norge er det nå ca. 120 aktive kursledere og ti veiledere. Hitil har over 5 000 hjelpere deltatt i Norge.

Utdanning av kursledere

Kurslederutdanning begynner med et kurslederkurs, som går over fem dager med mye praktisk undervisningstrening. Dette kurset ledes av lærerteamet, som består av erfarne veiledere. Disse fagpersonene har minimum treårig høyskoleutdanning og annen kompetanse innen veiledning, undervisning og klinisk arbeid og har i tillegg fått opplæring til å bli Vivats veiledere.

Kurslederne er lokale fagpersoner som må ha erfaring i arbeid med selvmordsnære mennesker eller i selvmordsforebyggende tiltak, undervisningserfaring, gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å lede smågrupper, og de må være personlig egnet. De må kunne undervise på kurset som en del av sin jobb. De fleste kursledere har treårig høyskoleutdanning eller høyere utdanning. Etter kurslederkurset må kurslederne undervise tre ganger det første året og deretter årlig for å beholde kurslederstatus. Undervisningsprogrammet Vivat har egne retningslinjer for kvalitetssikring, som beskriver faglige krav til kursledere og veiledere og fremgangsmåten for godkjenning av kursledere. Lærerteamet kan stoppe en kursleder hvis kvaliteten på undervisningen ikke holder mål.

Veilederne skal støtte kurslederne i implementeringen og i den faglige gjennomføringen av kurset. Det blir arrangert årlige kursledersamlinger. Kurslederne får omfattende bakgrunnsmateriale både om innholdet og om gjennomføringen av kurset og kontinuerlig oppdatering fra LivingWorks Education og fra Vivat.

Bruksområder

Kurslederne representerer oftest helse- og sosialvesenet, politiet, kirken, høyskoler, skoleverket, Forsvaret og frivillige organisasjoner. Kurset brukes oftest med tverrfaglige deltakergrupper. Mange distriktspsykiatriske sentre, sykehus og kommuner er kursarrangører. Forsvaret skal ta kurset i bruk. Kurset er tatt inn i helsefaglige høyskoleutdanninger på en rekke steder i landet, på politihøyskolen i Bodø og i legeutdanningen ved Universitetet i Tromsø (11).

Evalueringsundersøkelser Internasjonale

Kurset er mest brukt i Canada, USA, Australia og Norge. Det er evaluert i flere sammenhenger, og de tre mest omfattende evalueringer beskrives kort.

Kanadieren Roger Tierney testet kunnskapsnivå (N = 159) og ferdigheter (N = 40) blant deltakerne med ulik bakgrunn før og etter kurset. Kunnskapen om selvmord økte, og det var signifikant økning av ferdigheter. Intervensjoner ble mer spesifikke og målrettede etter kurset (12).

Da man startet det første kursprosjektet i Australia, ble det gjort en spørreskjemaundersøkelse blant deltakerne med ulik fagbakgrunn like før og etter kurset og etter fire måneder (N = 1 000). Flere sa seg villig til å intervensjon etter kurset, og deltakernes holdninger til intervensjon ble endret til et mer positivt syn på effekten av å intervensjon i en akutt selvmordskrise. Effekten var stabil etter fire måneder. Endringer i atferd ble også vurdert. 80% sa at de hadde brukt det de hadde lært på kurset, til sammenlikning hadde 47% brukt sine intervensjonsferdigheter før kurset (13).

I en annen evaluering i Australia målte man integrering av teoretisk og praktisk kunnskap og atferdsforandring (14). 91 deltakere og en kontrollgruppe på 40 fikk høre opptak av historier med selvmordsfare før og maksimalt en uke etter kurset og svarte på et spørreskjema som la hovedvekt på deltakernes forståelse av situasjonen. Kursdeltakerne hadde signifikant bedre kunnskap og ferdigheter om intervensjon enn kontrollgruppen. Kontrollgruppen hadde i utgangspunktet mindre erfaringer med selvmordsintervensjon enn kursdeltakerne. Kurset gav økte kunnskaper og ferdigheter også hos deltakere som allerede visste mye om intervensjon ved selvmordsfare.

Diskusjon

Selvmord som fenomen er komplekst, og det å predikere selvmord er vanskelig (15). Mange av dem som tar sitt eget liv eller prøver det, har psykiske lidelser (16, 17). Er vurdering av selvmordsfare en spesialistoppgave? Hvordan klarer man å øke kompetanse på førstehjelp hos fagpersoner med og uten helsefaglig bakgrunn, og hjelpe dem til å se sin kompetanse realistisk i en større sammenheng?

Identifisering av mennesker i akutt selvmordsfare er en oppgave for mange yrkesgrupper, men helsevesenet har en spesielt

viktig rolle i å identifisere og behandle slike (18). De faglige spørsmål som gjelder tilbakevendende selvmordsatferd, selvmordsforsk og forhold mellom psykiske lidelser og selvmordsfare er ikke tema for kurset. Fagpersoner som har arbeidsoppgaver i oppfølging og behandling, trenger å utvide sin kompetanse utover førstehjelpsaspektet.

Valg av kompetente kursledere er avgjørende, og der har både arbeidsgiveren og Vivat et ansvar. Likevel er det umulig å garantere 100% lik standard. Hvis man velger å bruke en slik implementeringsmodell, må man akseptere denne usikkerheten. Erfaring har vist at gode kursledere kan ha forskjellig bakgrunn. Det er en stor utfordring for Vivat å gi veiledning og oppfølging slik at kurslederne utvikler sin undervisningskompetanse på kurset. Noen ganger har lærerteamet vært nødt til å hindre en kursleder i å gå videre når undervisningen ikke har holdt mål.

Man har satt spørsmålsteget ved bruk av et standardisert utenlandsk undervisningsopplegg. Et slikt opplegg kan virke stramt, men fordelene er at det gir trygge rammer og muliggjør effektiv implementering og kvalitets-sikring. Standardiseringen kan begrunnes med at kurset har en begrenset målsetting. Hvert kurs blir likevel preget av personene som deltar, og krever en fleksibel tilnærmingsevne fra kurslederne. Vivat har kunnet tilpasse kurset til norske forhold. Undervisningsfilmene er laget med norske aktører.

Konklusjon

Det er alltid en fare for å forenkle en komplisert samhandling mellom en hjelper og hjelpetrengende. På den annen side – hvis man gjør saken veldig komplisert og vanskelig, tør ingen gripe inn, og ansvaret blir lagt på spesialistene. Dette undervisningsopplegget bygger på at alle fagpersoner kan gjøre en viktig innsats i mange sammenhenger hvis man får mer kunnskap, og at man kan bevisstgjøre sine holdninger og tilegne seg noen sentrale ferdigheter.

Vi takker Nord-Norsk Psykiatrisk Forsknings-senter, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, for økonomisk støtte til prosjektet.

Litteratur

1. Silverman M. Approaches to suicide prevention: a focus on models. I: Ramsay RF, Tanney BL, red. Global trends in suicide prevention. Mumbai: Tata Institute of Social Sciences, 1996: 25–94.
2. Hoff LA. People in crises: understanding and helping. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1984.
3. Shneidman ES. Some essentials of suicide and some implications for response. I: Roy A, red. Suicide. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1986.
4. Jenkins R, Singh B. General population strategies of suicide prevention. I: Hawton K, van Heeringen K, red. The international handbook of suicide and attempted suicide. England: Wiley, 2000: 597–615.
5. Mehlum L. Hva alle bør vite om selvmord, selvmordsrisiko og intervensjon ved kriser. I: Mehlum L, red. Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Oslo: Høyskoleforlaget, 1999: 132–140.
6. Canadian Mental Health Association (CMHA: Alberta South-Central Region) Task Force. Strategies for suicide prevention: help for the helpers (A proposal to the Suicide Prevention Advisory Committee for a program of continuing education about suicide prevention). Calgary: CMHA, 1981.
7. Ramsay R, Cooke M, Lang W. Alberta's suicide prevention training programs: a retrospective comparison with Rothman's developmental research model. Suicide Life Threat Behav 1990; 20: 335–51.
8. Ramsay R, Tanney B, Tierney R, Lang W. ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) trainer's manual, Calgary: LivingWorks Education, 1999.
9. Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
10. Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord – prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn. Suicidologi 2000; 5 (suppl).
11. Guttormsen T, Høifødt TS, Silvola K, Burkeland O. Førstehjelp ved selvmordsfare – en evaluering. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2284–6.
12. Tierney R. Comprehensive evaluation for suicide intervention training. Doktoravhandling. Calgary: Faculty of Graduate Studies, University of Calgary, 1988.
13. Turley B, Tanney B. LivingWorks Australian Field Trial evaluation report on Suicide Intervention Field Trial Australia (SIFTA). Melbourne: Lifeline Australia and LivingWorks Education, 1998.
14. Turley B. Lifeline Australia Youth Suicide Prevention Project, final evaluation report. Melbourne: Lifeline Australia, 2000.
15. Goldney R. Prediction of suicide and attempted suicide. I: Hawton K, van Heeringen K, red. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley, 2000: 585–95.
16. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiological studies. Psychiatr Clin North Am 1997; 20: 3: 499–517.
17. Lønnqvist JK, Hensikson MM, Isometsä ET, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Aro HM et al. Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci 1995, 49 (suppl 1): 111–6.
18. Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. Affect Disord 1996; 39: 83–91.