

Nye utviklingstrekk i opplæringsprogrammet

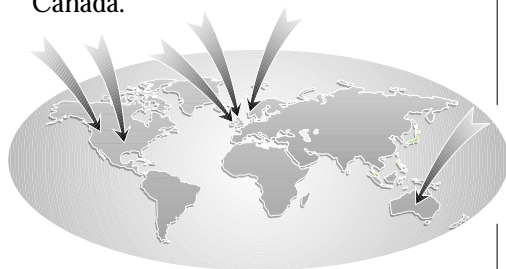
Førstehjelp ved selvmordsfare

Ved Richard Ramsay

LivingWorks Education har arbeidet med å videreutvikle opplæringen i førstehjelp ved selvmordsfare siden 1980-tallet. Undervisningsprogrammet ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) ble laget som et todagers førstehjelpskurs for et bredt spekter av lokale hjelpere, både profesjonelle og andre. Det ble tatt i bruk i Norge i 1998 og har siden 2000 inngått i undervisningsprosjektet Vivat, som Førstehjelp ved selvmordsfare.

Deltakerne får opplæring i å identifisere personer med aktive selvmordstanker og å forebygge risikoen for selvmordshandlinger. Kurslederne gjennomgår et femdagers kurslederkurs (Training for Trainers -T4T). De deltar i et kvalitetssikringsprogram som støtter dem i kurslederrollen og fremmer kontinuerlig evaluering og videreutvikling av programmet. ASIST gir deltakerne et felles språk som letter kommunikasjonen innenfor og mellom grupper av hjelpere, noe som gjør det enklere å få til lokal koordinering og samarbeid, og som øker deltakernes evne til å gi både øyeblikkelig hjelp og oppfølging.

Programmet ble opprinnelig utviklet for den kanadiske provinsen Alberta, men brukes nå også i Australia, Nord-Irland, Norge, Skottland og USA i tillegg til Canada.



ASIST ble tatt i bruk i Norge i 1998 av Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge, som er en del av Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø (Silvola, 2000). I 2000 ble programmet tatt opp i VIVAT (som betyr "la ham/henne leve" på latin), et landsdekkende undervisningsprosjekt som ble satt i gang ved Senter for forebygging av selvmord i Nord-Norge. Formålet var å spre kunnskap om førstehjelp ved selvmordsfare over hele landet som en del av den norske handlingsplanen mot selvmord (Mehlum og Reinholdt, 2000).



Bakgrunnen for endringene

I 1981 opprettet regjeringen i provinsen Alberta en rådgivende komité for forebygging av selvmord, som skulle utvikle *Alberta-modellen* for forebygging av selvmord. Komitéen fikk mandat til å opprette et informasjonssenter, et opplæringsprogram, et forskningssenter og regionale nettverk for samordning av lokale tjenester (Boldt, 1982). Et medlem av komitéen (artikkelforfatteren) ble bedt om å opprette en gruppe som skulle utvikle opplæringsprogrammet. Litteratur fra det siste tiåret hadde konkludert med at selv om det fantes kunnskaper nok, ble ikke disse kunnskapene brukt på en aktiv nok måte. Ett hinder for mer aktiv bruk var at man ikke hadde utviklet læremidler med fokus på ferdighetstrening (Maris, 1973). Fagfolk i praksisfeltet følte seg dårlig forberedt til oppgaven med å gi førstehjelp ved selvmordsfare. De savnet også gode muligheter for videreutdanning i dette emnet (Boldt, 1976; Royal, 1979). De som hadde størst behov for opplæring, var førstelinjetjenestens fagfolk og andre lokale hjelpere med mulighet til å gi førstehjelp og til å sette mennesker i kontakt med andre hjelpeinstanser (Snyder, 1971). For å rette opp manglene formulerte utviklerne tre testspørsmål:

1. Kunne det lages en standardisert læreplan for en målgruppe bestående av fagfolk og lokale hjelpere?
2. Kunne læreplanen anvendes i stor målestokk?
3. Kunne standarder for kvalitetskontroll utvikles og håndheves?

På bakgrunn av Rothmans (1980) aksjonsforskningsmetode ble det utviklet en standardisert læreplan. Hensikten var å omsette teoretisk forskningsbasert kunnskap til et dynamisk undervisningsprogram som var slik oppbygget at det kunne være gjenstand for kontinuerlig evaluering og utvikling. Mellom 1982 og 1985 utviklet gruppen et standardkurs,

Foundation Workshop (som senere ble til ASIST), og kurslederkurset T4T (training for trainers) som lærer opp kursledere i å holde kurset for å gjøre spredningen til store grupper lettere. Implementeringen av læreplanen begynte i 1985. I 2004 hadde over 2000 kursledere fullført kurslederkurset T4T og nærmere 500.000 hadde deltatt på ASIST-kurset.

I arbeidet med læreplanen var utviklingsgruppen klar over samfunnets lange historie med negative og straffende holdninger i forhold til selvmord, men kunne bare finne én kilde (Eismann, 1977) som ønsket å inkludere en holdningskomponent i opplæringen i førstehjelp ved selvmordsfare. Selv om en mer omsorgsfull tilnærming til selvmordsforebygging var på trappene, stod hjelpere med negative holdninger i fare for å bidra til selvmordsatferd, men det var lite sannsynlig at de ville utforske fordeler og ulemper ved sterke holdninger i opplæringsprogrammer som kun besto av kunnskaps- og ferdighetskomponenter. LivingWorks var de første som inkluderte en holdningskomponent i standardisert opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare fordi vi antok at deltakerne ikke ville være klare for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter før de hadde hatt muligheten til å bearbeide sine holdninger og personlige opplevelser forbundet med disse (Lang et al. 1989: 264). For å lette utforskningen av personlige holdninger ble den nyskapende undervisningsfilmen *Dødsårsak* laget for ASIST. Den var laget for å vekke usensurerte reaksjoner på videovignetter som skildrer muligheten for at hjelpers holdninger og oppførsel kan være medvirkende eller direkte årsak til selvmord. Disse reaksjonene og deltakernes ulike møter med selvmordsproblematikken diskuteres i en trygg atmosfære i små grupper under veiledning av en kursleder. Hovedmålet med diskusjonen er å hjelpe deltakerne til å føle seg fri til å vedkjenne seg og granske virkningen av egen "frykt, frustrasjon og bekymring rundt det å



arbeide med en selvmordsnær person” (Lang et al., 1989: 267). Dette hjelpe-middelet har vært en suksess og fortsetter å være et kjerneelement i holdningsdelen av ASIST-kurset.

For å komplettere de tre kjernekomponentene (holdninger, kunnskap og ferdigheter) i det opprinnelige kurset ble kunnskapskomponenten brukt til å fremskaffe statistisk bevis på problemets størrelse og til å hjelpe deltakerne til å avgjøre hva som var den mest og minst nyttige empiriske informasjonen når risikofaktorer brukes til risikoberegning (senere modifisert til risikovurdering). Selv om denne tilnæringsmåten har begrenset verdi når det gjelder å forutsi selvmord i individuelle situasjoner, inkluderte risikovurderingsdelen vurderingskategorier (høy, middels og lav) for å hjelpe kursdeltakerne med å implementere en individuelt tilpasset hjelpestrategi. I intervensjonsmodulen ble deltakerne introdusert for en unik intervensjonsmodell (*Suicide Intervention Model* (SIM)) laget av utviklerne. Der fikk de, ved hjelp av rollespill med veiledning, hjelp til å bruke sin kunnskap om risikovurdering i modellens forskjellige faser og oppgaver.

Det nye undervisningsprogrammet ASIST X

Etter femten år med kontinuerlig utvikling og spredning brukte LivingWorks to år på en grundig gjennomgang av programmet, noe som resulterte i en ny versjon X (ti) i 2003. ASIST X har fem moduler. I kursets første modul får deltakerne innsikt i selvmord som et alvorlig samfunnsproblem. De følgende modulene, som på norsk har fått benevnelsene Holdningsdel, Forståelsesdel og Intervensjonsdel, hjelper kursdeltakerne til å integrere livsfremmende holdninger og førstehjelps-kunnskaper. Denne nyervervede kunnskapen anvendes i intervensjonsmodellen (SIM) for å yte førstehjelp ved selvmordsfare. Den siste modul, Nettverksdelen, gjør deltakerne oppmerksom på viktigheten av å ta vare på seg selv og verdien av koordinering og samarbeid på lokalplanet. Essensen i det opprinnelige opplæringsprogrammet er beholdt, men det er gjort endringer som gir deltakerne mer tid til å lære og øve på intervensjonsferdighetene ved førstehjelp ved selvmordsfare.

Kategorier for risikovurdering ble tatt bort.

Risikofaktorer brukes ofte ved opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare som hjelp til å beregne eller vurdere selvmordsrisikoen i kategoriske termer som høy, middels eller lav. En slik tilnæringsmåte er basert på forskning som identifiserer objektive risikoinndikatorer ut fra et datamateriale basert på en gruppe mennesker. Denne tilnæringsmåten har imidlertid som oftest begrenset verdi når det gjelder å forutsi selvmord i individuelle situasjoner (Plutchik, 2000). Faktorer med størst betydning, som f.eks. en klar plan, smerte, mangel på ressurser, mentale helseproblemer og tidligere selvmordsforsøk, brukes ofte til å fastslå et risikonivå som utløser en generalisert respons på en risikokategori i stedet for en individualisert respons på hver enkelt faktor. Når høy risiko fastslås, kan det automatisk utløse en forhåndsbestemt intervensjon med høy beredskap. Når det fastslås lav risiko, kan situasjonen bli behandlet som helt ufarlig. Metoder for måling av selvmordsrisiko har også blitt utviklet for å identifisere enkeltpersoner i faresonen og har hatt verdi når det gjelder å forutsi selvmord i noen befolkningsgrupper. Per i dag er det imidlertid lite sannsynlig at det vil bli utviklet en enkelt metode som er ”best” (Goldsmith et al., 2002: 231). Det er nå så mange risikofaktorer at hver av dem har liten verdi når det gjelder å forutsi selvmord hvis ikke selvmordstanker kommer for dagen samtidig. Den viktigste faktoren når det gjelder å bestemme den potensielle risikoen for selvmord er altså tilstedeværelse av selvmordstanker. Dette oppdages best i en mellommenneskelig samtale ved å spørre direkte om den andre har selvmordstanker. Her trengs



ikke en kategoribasert merkelapp på risikoen for selvmord, men en umiddelbar villighet til virkelig å lytte til personlige grunner for å dø og så lage en plan for å støtte opp under grunner for å leve. Selv om risikofaktorer ble brukt i tidligere versjoner for å støtte hjelpere til å velge en individuelt tilpasset hjelpestrategi, har tilbakemeldinger opp gjennom årene antydnet at organisatoriske retningslinjer eller individuelle handlinger iblant var til hinder for dette. Risikofaktorer er fortsatt til stede i ASIST X, men risikovurdering ble tatt vekk til fordel for en risikogjennomgåelse og rammer for å lage en plan for å sikre videre liv. Fjerningen av vurderingskategorier stemmer overens med den siste utviklingen innen psykoterapien som reduserer tendensen til å objektivere og kategorisere selvmordsrisiko til fordel for å lytte til og forstå grunner for å dø og grunner for å leve i en personlig sammenheng (Shneidman, 2004; Rogers & Soyka, 2004).

Samtale om grunner for å dø og grunner for å leve ble lagt til.

Selvmordstanker er generelt knyttet til følelser av ambivalens eller av å ville to forskjellige ting samtidig (Shneidman, 1985). En del av personen ønsker å dø, og samtidig ønsker en del av ham/henne å leve. Å kunne arbeide med begge sider av ambivalensen er viktig, men ofte neglisjert i opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare. Hjelpere kan forståelig nok være ivrige etter å finne eller foreslå grunner for å leve eller lete etter nye risikofaktorer, i stedet for å lytte aktivt til en persons grunner for å dø. At noen har tålmodighet til å lytte til den delen av personen som ønsker å dø, kan gjøre en person i faresonen fri til å begynne å oppdage og snakke om grunner til å leve. Til og med et skjørt lite håp om at det kunne være en grunn til å leve, kan støtte opp om livet dersom hjelperen er i stand til å lytte til begge sider av ambivalensen. Å takle ambivalens og være klar til å høre på grunner for å dø, er et nytt viktig punkt i opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare. Denne utviklingen stemmer overens med den senere tids bestrebelser innen psykoterapien på å gjøre terapeutens omsorgsansvar mindre dominerende til fordel

for en tilnæringsmåte der det legges vekt på samarbeid og ansvarsdeling mellom hjelpetrengende og hjelpere (eg. *The Collaborative Model* - Ellis, 2004 og *CAMS approach* - Jobes & Drodz, 2004).

Individuell risikoutforskning og rammer for å lage en plan som sikrer videre liv i stedet for generell risikovurdering.

Å hjelpe noen til å finne grunn(er) til å leve ved først å lytte til deres grunner for å dø, gir en alternativ mulighet til å se risikofaktorer som trusler mot grunner til å leve snarere enn som grunnlag for beregning av selvmordsrisiko. Faresignaler for hver faktor identifiserer graden av fare med det mål å utvikle individuelle, planlagte mottiltak for hvert faresignal. Denne kombinasjonen hjelper den som mottar førstehjelp, til å holde fokus på en plan for å sikre videre liv.

ASIST R

En kommende nyvinning innen opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare er teknologi for virtuell simulering. Slik teknologi kan hjelpe til med å fylle gapet mellom ferdigheter som er lært på kurs og virkelige situasjoner som krever bruk av disse ferdighetene. Målet er å lage simuleringer som gir kursdeltakerne mulighet til å samhandle med en virtuell person, å styrke og praktisere ferdigheter i mellommenneskelig samspill i en realistisk og troverdig ramme. Denne teknologien, utviklet av The Johns Hopkins University Applied Physics Laboratory, ble tilpasset etter opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare i samarbeid med The U.S. Army Material Command Chaplain's Office og LivingWorks Education. *ASIST R*-(Applied Suicide Intervention Training Reinforcer) prosjektet ble startet i 2002 og fullført i 2003 for medlemmer av Forsvarsdepartementet som har gjennomgått *ASIST*-kurset. Et interaktivt CD-ROM-program deles ut på slutten av kurset, slik at deltakerne kan fortsette å øve seg hjemme. Hovedpersonen i programmet er Billy Parker, en ung, gift soldat som oppsøkes av en *ASIST*-opplært kollega (kursdeltakeren) i forbindelse med vanskeligheter han ser ut til å ha. Programmet er bygd opp slik at det gir brukeren mulighet til å anvende de ferdighetene han/hun har lært på *ASIST*-kurset

i en førstehjelpsintervensjon, selv om det er mulig å velge mange andre reaksjonsmuligheter som ville avlede brukeren fra å anvende *ASIST*-ferdighetene. Brukeren kan gjøre feil og lære av det. Ved slutten av hver simulering får brukeren tilbakemelding på de anvendte *ASIST*-ferdighetene. Brukeren kan kjøre programmet én eller flere ganger i en arbeidsøkt. Programmet gir mulighet for hundrevis av samhandlingsøvelser med mange forskjellige virtuelle risikopersoner for å styrke opplæringen ved stadige gjentakelser på en realistisk måte.

Konklusjon

Opplæringen i førstehjelp ved selvmordsfare har gjort betydelige fremskritt på 30 år. Opplæringen har beveget seg utover didaktisk spredning av kunnskap til å inkludere utforskning av holdninger og ferdighetsutviklende øvelser. Nyvinninger innen teknologi for virtuell simulering gir i fremtiden store muligheter, som hjelp til å holde ferdighetene ved like etter kurset. Kursinnholdet endrer seg fra å ha fokus på å kunne forutsi selvmordsrisiko til å identifisere selvmordstanker og utvikle individuelle planer for å sikre videre liv som mottiltak mot spesifikke faresignaler.

(Artikkelen er oversatt av Kari Helene Hestvik.)

Referanser:

- Boldt, M. (Chairman). (1976). *Report of the task force on suicides to the Minister of Social Services and Community Health*. Edmonton: Government of the Province of Alberta.
- Boldt, M. (1982). *Toward the development of a systematic approach to suicide prevention: The Alberta Model*. *Canada's Mental Health*, 30(2), 12-15.
- Eismann E. (1977). *Training paraprofessionals in suicide intervention*. Proceedings of tenth annual meeting, American Association of Suicidology, 89-92, Boston, Mass.
- Ellis, T. *Collaboration and a self-help orientation in therapy with suicidal clients*. (2004). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 41-57.
- Goldsmith S, Pellmar T, Kleinmann A, Bunney W. (editors). (2002). *Reducing Suicide: a national imperative*. Washington: The National Academies Press.
- Jobes D, Drodz J. (2004). *The CAMS approach to working with suicidal patients*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 34(1), 73-85.
- Lang W, Ramsay R, Tanney B, Tierney R. (1989). *Caregiver attitudes in suicide prevention: help*

for the helpers. I: Diekstra R, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G. *Suicide and its prevention: the role of attitude and imitation* (260-272). Leiden: E. J. Brill.

Maris, R. (Chairman). (1973). *Education and training in suicidology for the seventies*. I: H. Resnick H, Hathorne B, red. *Suicide prevention in the seventies* (DHEW) Publication No. HSM 72-9054. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Mehlum, L., & Reinholdt, N. (2001). *Handlingsplan mot selvmord: Gode erfaringer skal føres videre*. *Suicidologi*; 6(1): 16-18

Plutchik, R. (2000). *Aggression, violence, and suicide*. I: Maris, R, Berman L, Silverman, M. *Comprehensive textbook of suicidology* (407-423). New York: Guilford Press.

Ramsay R, Cooke M, & Lang W. (1990). *Alberta's suicide prevention training programs: A retrospective comparison with Rothman's developmental research model*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 7-22.

Rogers J., & Soyka, K., M. (2004). "One size fits all": *An existential-constructivist perspective on the crisis-intervention approach with suicidal individuals*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 7-22.

Rothman J. (1980). *Social R&D: Research and development in the human services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Royal P. (1979). *Report of the committee on the nature of, and response to personal and family crisis in the province of Alberta*. Edmonton: Government of the Province of Alberta.

Shneidman E. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.

Shneidman E. (2004). *Some thoughts about psychotherapy with suicidal patients*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 5-6.

Silvola, K. (2000). *Vivat - Førstehjelp ved selvmordsfare*. *Suicidologi*, 5(3): 15

Snyder J. A. (1971). *The use of gatekeepers in crisis management*. *Bulletin of Suicidology*, 8, 39-44.



Richard Ramsay er professor emeritus i sosialt arbeid ved Universitetet i Calgary, Canada. Han er medlem av delstaten Albertas faglige utvalg for selvmordsforebygging. Han var medarrangør av FNs interregionale møte

i 1996 for å utvikle faglige retningslinjer for nasjonale strategier for selvmordsforebygging. Han var også med og stiftet LivingWorks Education og *ASIST*-programmet.