



Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Merete Knoph

Masteroppgave

Kommunale psykososiale kriseteams oppfølging av etterlatte ved selvmord

Municipal psychosocial crisis teams' follow-up of
those bereaved by suicide

Psykisk helsearbeid

4PM791

2023

Antall ord: 22990

Forord

Det kjennes godt å snart kunne sette punktum. Ikke for fagfeltet og faglig engasjement, men for oppgaven som er jobbet med jevnt og trutt over tid. Jeg kjenner på takknemlighet for muligheten til å få innsikt og kunnskap om både forskningsprosess og fagfeltet.

Takknemligheten går i mange retninger.

Først vil jeg takke informantene mine som ga av sin tid i en travel hverdag, og bidro med kunnskap, perspektiver og engasjement. Alt dere har delt ligger til grunn for arbeidet med denne oppgaven, og gitt innsikt og refleksjoner.

Så vil jeg takke veilederne mine, Ann-Mari Lofthus og Maria Løvsletten. Ann-Mari; for at du hjalp meg i gang med retning på prosjektet og så løsninger, når alt virket overveldende. Maria; for at du har vært så fleksibel og tilgjengelig for meg og kommet med viktige og nyttige innspill.

En takk vil jeg også rette til forskerne Silje Kaspersen og Jorid Kalseth på SINTEF Helse i Trondheim. Takk for at dere har inkludert meg i deres store forskningsprosjekt, og så raust delt kunnskap, forskning og ulike arbeidsdokumenter. Dere har vist stor interesse for min studie og satt meg på sporet av relevante, gode fagfolk, og alltid være tilgjengelig for spørsmål.

Jeg vil også takke min leder som har oppmuntret og lagt til rette for at jeg skulle kunne studere ved siden av jobben, samt mine kjære kolleger for interesse og engasjement i prosjektet mitt.

Sist og ikke minst, vil jeg takke min herlige familie og gode venner som har heiet og hatt tro på at jeg skulle komme i mål. Deres støtte har vært uvurderlig, og jeg er så glad for å ha dere i livet mitt. Mitt lille, skjønne barnebarn har gitt meg glede og motivasjon underveis og bidratt til kjærkomne avbrekk, og minnet meg om hva livet egentlig handler om!

Ås, 30.04.23

Merete Knoph

Sammendrag

Denne masteroppgavens problemstilling er: *Hvordan beskriver fagpersoner i kommunale psykososiale kriseteam sitt arbeid med oppfølging av etterlatte ved selvmord?*

Kommunene har et lovpålagt ansvar å yte psykososial hjelp ved kriser, ulykker og katastrofer, men det er opp til hver kommune hvordan dette arbeidet organiseres. Mange kommuner har opprettet kriseteam, en førsteinstans som ofte kommer i kontakt med etterlatte, og har en sentral rolle i oppfølgingen i akutfasen. Forskning viser at etterlatte opplever mangler i oppfølgingen. Hensikt med studien er først og fremst å få beskrivelser fra fagpersoner om faktorer som kan bidra til bedre oppfølging av etterlatte, men også kunnskap om hvordan fagpersoner ivaretas.

Forskningsdesignet er en kvalitativ studie med individuelle intervju med fem personer fra kriseteam i tre relativt store kommuner på Østlandet. Vitenskapsteoretisk grunnlag er det sosialkonstruktivistiske paradigmet med en induktiv tilnærming. Tematisk analyse er benyttet i analysearbeidet. Studien inngår i et samarbeid med SINTEF Helse, og det er brukt intervjuguide som er utarbeidet av denne forskningsinstitusjonen.

Analysen viser tre hovedtemaer; fagpersonens mangfoldige rolle, erfaringer med organiseringen og betydningen av veiledning og kompetanse. Funn viser at fagpersonene legger mye vekt på å tilpasse oppfølgingen og er fleksible med hensyn til varighet. Et annet funn er uklarheter angående hvem som har ansvar for oppfølging over tid og å koordinere hjelpen. Det fremkommer også variasjon når det gjelder mulighet for veiledning og kompetanseheving av kriseteamsmedlemmene.

Proaktiv psykososial oppfølging som varer over tid, er en viktig tilnærming. Kunnskap om sorg og krisearbeid gir trygghet i fagutøvelsen, likeledes mulighet for jevnlig veiledning og debrief etter oppdrag. Mye av den psykososiale oppfølgingen er blitt bedre de siste årene, men lokale forskjeller kan gi utslag i hva slags hjelp som gis.

Summery

The research question for this master's thesis is: *How do professionals in municipal psychosocial crisis teams describe their work in providing support to those bereaved by suicide?*

Municipalities have a legal obligation to provide psychosocial support during crises, accidents, and disasters, but it is up to each municipality to organize this work.

Many municipalities have established crisis teams, a first point of contact that often interacts with those bereaved by suicide and plays a central role in follow-up during the acute phase. Research shows that those bereaved by suicide experience shortcomings in follow-up. The purpose of this study is primarily to obtain descriptions from professionals about factors that can contribute to better follow-up of those bereaved by suicide, but also knowledge about how professionals are supported.

The research design is a qualitative study with individual interviews with five people from crisis teams in three relatively large municipalities in Eastern Norway. The epistemological basis is the social constructivist paradigm with an inductive approach. Thematic analysis has been used in the analysis work. The study is part of a collaboration with SINTEF Health, and an interview guide developed by this research institution has been used.

The analysis shows three main themes: the diverse role of the professional, experiences with organization, and the importance of guidance and competence. Findings show that professionals place great emphasis on adapting follow-up and being flexible regarding duration. Another finding is uncertainties regarding who is responsible for follow-up over time and coordinating the help. There is also variation regarding the possibility of guidance and competence development for crisis team members.

Proactive psychosocial follow-up that lasts over time is an important approach. Knowledge of grief and crisis work provides security in professional practice, as well as the possibility of regular guidance and debriefing after assignments. Much of the psychosocial follow-up has improved in recent years, but local differences can affect the type of help provided.

Innholdsfortegnelse:

Forord	i
Sammendrag	ii
Summery	iii
Innholdsfortegnelse:	iv
1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
1.2 Begrunnelse og hensikt	3
1.3 Problemstilling	4
1.4 Oppgavens avgrensning	5
1.5 Kontekst	6
1.6 Begrepsavklaringer	6
1.7 Forforståelse	9
1.8 Oppgavens oppsett	9
2 Teori	11
2.1 Psykososiale kriseteam	11
2.2 Lovverk	12
2.3 Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord	13
2.3.1 Kunnskapsgrunnlaget for ivaretagelse av etterlatte.....	15
2.4 Psykososiale tiltak overfor etterlatte ved selvmord	16
2.4.1 Etterlattes perspektiv på oppfølging.....	18
2.5 Kompetanseutvikling og opplæring	19
2.6 Ivaretagelse av hjelperen	20
2.7 Forskning på fagområdet	22
2.7.1 Litteratursøk.....	22
2.7.2 Studier om etterlatte ved selvmord.....	23
2.7.3 Studier om ivaretagelse av fagpersonen.....	25
3 Metode	27
3.1 Vitenskapelig ståsted	27
3.2 Forskningsdesign	28
3.3 Rekruttering og utvalg	29
3.4 Intervju og datainnsamling	30
3.5 Transkribering	31

3.6	Analyse	32
3.7	Etiske overveielser	35
3.8	Personvern og godkjenninger	36
4	Resultater	38
4.1	Fagpersonens rolle er mangfoldig og proaktiv	39
4.1.1	Koordinere og finne riktig instans.....	39
4.1.2	Aktiv og oppsøkende tilnærming.....	40
4.1.3	Arbeidet er som skreddersøm	41
4.1.4	Sikre kontinuitet ved å følge opp over tid	42
4.2	Erfaringer med organiseringen	44
4.2.1	Engasjert ledelse og håndplukkede fagfolk	44
4.2.2	Uklarheter i ansvarsfordelingen	46
4.3	Betydningen av debrief og kompetanse	46
4.3.1	Bearbeiding og veiledning med kollega.....	47
4.3.2	Trygghet for nye i teamet	47
4.3.3	Ønskelig å ha kunnskap om det man gjør.....	48
5	Diskusjon	50
5.1	Fleksibel og innholdsrik oppfølging	50
5.1.1	Proaktiv tilnærming og bidra til kontinuitet	50
5.1.2	Tilpasse individuelt	52
5.2	Organisering av kriseteamsarbeidet	53
5.3	Ivaretagelse av fagpersonen gjennom veiledning og kompetanse	54
5.4	Oppgavens bidrag	57
5.5	Implikasjoner for psykisk helsearbeid og videre forskning	58
5.6	Metodediskusjon	59
5.7	Studiens pålitelighet, troverdighet og overførbarhet	61
5.7.1	Pålitelighet	61
5.7.2	Troverdighet	61
5.7.3	Overførbarhet.....	62
6	Konklusjon.....	63
7	Litteraturliste.....	64
8	Vedlegg	Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vedlegg 1: Samarbeidsavtale

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Forskningsetisk vurdering – Lokal etisk komité for forskning

Vedlegg 4: Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 5: Vurdering fra NSD – TREATMENT PATHWAYS

Vedlegg 6: Endringsmelding fra NSD

Vedlegg 7: Tilslutning fra personvernombud – kommune 1

Vedlegg 8: Tilslutning fra personvernombud – kommune 2

Vedlegg 9: Tilslutning fra personvernombud – kommune 3

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Denne studien handler om hvordan fagpersoner i psykososiale kriseteam beskriver sitt arbeid med å følge opp etterlatte ved selvmord. Det er en kvalitativ undersøkelse, og det er beskrivelser fra fem fagpersoner fra tre forskjellige kommuner som presenteres.

Selvmord er dramatisk, ofte høyst uforståelig og etterlater mange ubesvarte spørsmål. Etterlatte sitter igjen med sorg, fortvilelse og mulige traumatiske opplevelser. Norske og internasjonale studier viser at mellom 80 og 90 % av de etterlatte etter selvmord i varierende grad er i behov av profesjonell hjelp (Helsedirektoratet, 2011, s. 5).

Antall selvmord har holdt seg relativt stabilt de siste tjue årene, og i 2021 tok 658 mennesker sitt liv, 482 menn og 176 kvinner (Stene-Larsen et al., 2022). Når man regner ca 6-10 nære etterlatte etter hvert selvmord, utgjør det ca. 6000 nye etterlatte hvert år.

Kommunene har et lovpålagt ansvar å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner til de som oppholder seg i kommunen, dette innbefatter også psykososiale tiltak (Helsedirektoratet, 2016, s. 18). De fleste kommuner har opprettet et psykososialt kriseteam som aktiveres blant annet ved uventet, brå død for å gi bistand i den akutte fasen. Målet er å bli ivarett emosjonelt, hjelp til å håndtere reaksjoner og bevare sosial fungering (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

Mange etterlatte ved selvmord kan stå i fare for å utvikle psykiske problemer, og veilederen *Etter selvmordet* fra 2011 beskriver at tiltak for etterlatte er basert på en relativt ny kunnskap om dette (Helsedirektoratet, 2011, s. 19).

I veilederen refereres til at mange etterlatte savner et system hvor kontakt med en offentlig hjelpeinstans rutinemessig kobles på, den viser til at etterlatte kan være usikre på hva de er i behov av, at de kan avslå hjelp innledningsvis og at behov kan melde seg på et senere tidspunkt (Helsedirektoratet, 2011, s. 42). Veilederen vektlegger at hjelpeinstansen bør ha rutiner for å gi systematisk og umiddelbar hjelp, samt gjenta tilbud om hjelp dersom noen takket nei i starten (Helsedirektoratet, 2011, s. 42).

Regjeringen lanserte Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 *Ingen å miste* den 10. september 2020, på Verdensdagen for selvmordsforebygging. Planen inneholder 6 mål

og 61 tiltak. Mål 5, handler om; Umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 5).

I vedlegget til Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord, som gir mer utfyllende informasjon om det selvmordsforebyggende arbeidet, henvises det til at det er tilfeldig hva slags hjelp etterlatte etter selvmord får (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

I årsrapporten til handlingsplanen, andre driftsår 2021-2022, beskrives arbeidet med målene så langt. Under mål 5 er det to tiltak; 44 og 45.

Tiltak 44 lyder; «Regjeringen vil styrke tjenestenes arbeid med ivaretagelse og oppfølging av etterlatte, inkludert barn, ved selvmord og bidra til at dette inngår i tjenestenes helhetlige arbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 14).

Under dette tiltaket skal blant annet følgende utføres i andre driftsår 2021-2022:

- Regionalt senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), er gitt oppdraget med å bidra til implementering av veileder for oppfølging av etterlatte ved selvmord overfor tjenestene
- Det skal foretas søk etter oppdatert forskning på ivaretagelse og oppfølging av etterlatte, som skal brukes i ulike veiledere innen psykisk helsevern, inkludert veiledere omhandlende arbeid med oppfølging av etterlatte ved selvmord
- Det skal ytes tilskudd til prosjekter rettet mot etterlatte ved selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 20–21).

Tiltak 45 lyder; «Regjeringen vil gjennomgå veileder Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord og vurdere behov for oppdateringer og behov for å utforme standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15).

Under dette tiltaket skal blant annet følgende utføres i andre driftsår 2021-2022:

- Nytt kunnskapsgrunnlag, på bakgrunn av søk etter forskning beskrevet under tiltak 44, skal danne grunnlag for arbeid med ny veileder om oppfølging av etterlatte
- Nåværende veileder skal gjennomgås og nødvendige endringer foretas, basert på ny kunnskap
- Det samarbeides med Landsorganisasjonen for etterlatte ved selvmord (LEVE) om områder som organisasjonen mener bør løftes frem
- Folkehelseinstituttet (FHI) er samarbeidspart, og forsker på betydningen av helse- og

velferdstjenester i oppfølgingen av etterlatte
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 21–22).

1.2 Begrunnelse og hensikt

Fagpersoner får heldigvis ikke omfattende erfaring med oppfølging av etterlatte ved selvmord, men både små kommuner og byer kan oppleve at antall selvmord plutselig stiger i noen miljøer. Allikevel kan erfaringene man får med oppfølging være avhengig av hvor stor kommune man jobber i, hvor mange medlemmer kriseteamet har til å fordele oppdragene på, og om det er noen som lettere melder seg til slike hendelser enn andre. Uansett er det viktig å kjenne seg trygg i situasjonen, ha kunnskap om krisehåndtering og gi oppfølging som gjør at den enkelte gradvis mestrer tilværelsen igjen, dette gjelder både i akutt fase og i dagene og månedene som kommer (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 198).

Hensikt med studien er å innhente kunnskap og beskrivelser fra fagpersoner om faktorer som kan bidra til bedre ivaretagelse, kontinuitet og oppfølging av etterlatte ved selvmord. Studien har også til hensikt å belyse hvordan fagpersoner utøver rollen i kriseteamet, hva de tenker om rammene for arbeidet og hvordan man ivaretas som hjelper i et kriseteam.

Kriseteamene er i en unik posisjon til å kunne dekke noen av de manglene som mange opplever i helsetjenesten. Dette fordi de aktiveres i de aller fleste sakene i forbindelse med selvmord, så sant etterlatte ønsker det. Fagpersonene i kriseteamet har også god oversikt over øvrig hjelpeapparat og frivillige tilbud som den enkelte kan være i behov av. Videre har mange kunnskap om mobilisering av den enkeltes nettverk.

Denne studien inngår i et samarbeid, og er en del av et større prosjekt ledet av Folkehelseinstituttet (FHI) i samarbeid med SINTEF Helse og Oslo universitetssykehus, og heter; *Treatment Pathways* (Folkehelseinstituttet, 2019; SINTEF, 2019). *Treatment Pathways* skal undersøke betydningen av helse- og velferdstjenestene i forebygging av selvmord og i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord. Denne masteroppgaven skal undersøke en del av helsetjenesten (psykososialt kriseteam) som utgjør én av flere instanser som er involvert i bistanden overfor etterlatte. FHI samler inn registerdata til kvantitative analyser, mens SINTEF Helse har kvalitative intervju med helsepersonell/tjenesteytere. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale med SINTEF Helse, Høgskolen i Innlandet og masterstudent (vedlegg 1).

Forskning og nasjonale føringer har pekt på grunner til å vektlegge umiddelbar og systematisk oppfølging av etterlatte. I en studie kom det fram at for noen etterlatte var det svært krevende å be om hjelp fordi de var preget av sjokk, sinne, søvnvansker, angst, depresjon og selvmordstanker (McKinnon & Chonody, 2014).

Etterlatte ved selvmord har to til tre ganger høyere risiko for selv å ta sitt liv, sammenlignet med de som ikke har opplevd selvmord (Pitman et al., 2016). Langvarig og umiddelbar oppfølging vil derfor kunne være selvmordsforebyggende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49). I regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord påpekes at etterlatte rapporterer at det er tilfeldig hva slags hjelp de får, og at mange savner informasjon og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49). Et av tiltakene i handlingsplanen er å gå igjennom veilederen *Etter selvmordet* fra 2011, og oppdatere den med ny forskning og vurdere utforming av et standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 50).

En oppsummerende gjennomgang av studier fra 2010 til 2022 fra høy-inntektsland, undersøkte oppfølgingen og støtten som tilbys bl.a. av helsetjenesten til etterlatte. Gjennomgangen viste at vi har noe kunnskap om behovet for oppfølging og erfaringer med hjelpeapparatet for etterlatte, imidlertid mangler det kunnskap om bruk av helsetjenester og pasientforløp, systematisk oppfølging og koordinering mellom tjenester (Kaspersen et al., 2022a).

1.3 Problemstilling

For å få kunnskap om hvordan fagpersoner utøver sin rolle i oppfølgingen av etterlatte, med utgangspunkt i deres arbeid i et kriseteam, er jeg kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan beskriver fagpersoner i kommunale psykososiale kriseteam sitt arbeid med oppfølgingen av etterlatte ved selvmord?

Det er ønskelig å innhente kunnskap fra fagpersoner i psykososiale kriseteam om oppfølging av etterlatte, samhandling med det øvrige tjenesteapparatet og hvordan fagpersoner blir ivaretatt.

Det er mange innfallsvinkler man kunne valgt inn mot dette temaet. Ut ifra egen erfaring med å følge opp etterlatte ved selvmord og kunnskap om at mange etterlatte opplever oppfølgingen

mangelfull, valgte jeg å undersøke hvordan kriseteamene som en type førsteinstans i kontakten beskriver sitt arbeid.

Den valgte vinklingen på problemstillingen ble også til som et resultat av samarbeidet med SINTEF Helse. Retningen for mitt prosjekt var delvis lagt, i og med at min undersøkelse kunne ses på som en del av SINTEF Helse og Folkehelseinstituttets større forskningsprosjekt.

SINTEF Helse har i prosjektet *Treatment Pathways* intervjuet personell i ulike deler av tjenestetilbudet som er aktuelle for etterlatte ved selvmord, for eksempel; politi, begravellesbyrå, legevakt. Mitt prosjekt har søkelys på kriseteamene, og kan bidra med dette perspektivet i en større sammenheng.

Problemstillingens tema anses å være relevant for psykisk helsearbeid, da det å miste noen i selvmord for mange etterlatte er en stor psykisk belastning. I tillegg kan den enkelte oppleve å ha redusert funksjon, og trenger bistand til å komme tilbake til vanlig fungering. Studier viser at gruppen med etterlatte ved selvmord har større forekomst av posttraumatiske stresslidelser, selvmordstanker, angst og forlenget sorglidelse (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 195) og kan dermed være i målgruppen for den psykisk helsetjenesten.

1.4 Oppgavens avgrensning

Denne studien har fem deltagere, og det er tre kommuner som er representert. Undersøkelsen kunne vært gjort i flere kommuner med ulik størrelse og geografisk spredning, men oppgavens størrelse og tidsramme setter begrensninger.

Alle informantene har erfaring med å ha jobbet direkte med etterlatte, og det er deres perspektiv som løftes fram i oppgaven. En av informantene er også leder av kriseteamet, men det er informantens erfaringer fra brukerrettet arbeid som blir etterspurt og rapportert.

Spørsmål om ledelse av teamet, hvordan forankring, utarbeidelse av rutiner og handlingsplaner utføres, blir ikke tematisert i oppgaven.

Studien er avgrenset til å omhandle voksne etterlatte. Oppfølging av barn som har mistet nære i selvmord, krever en annen tilnærming enn voksne, og kunne vært tema for en egen oppgave. I oppgaven refereres til ordinære tjenester. Dette er ulike samarbeidende instanser som ikke beskrives ytterligere utover hva de benevnes som.

Når det gjelder studiens teoretiske perspektiv, er dette avgrenset i det vesentligste i å ta utgangspunkt i offentlige dokumenter, som veiledere, lovverk, handlingsplan for forebygging

av selvmord og rådgivende kunnskapssentre, som for eksempel regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Dette er dokumenter og planer som gir grunnlag for å forstå problemstilling og dataene fra intervjuene i studien. I tillegg kommer fremstilling av tidligere relevant forskning.

1.5 Kontekst

Oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i arbeidet i kommunale psykososiale kriseteam, som er konteksten for utøvelsen av arbeidet med oppfølging av etterlatte ved selvmord.

I det følgende gis en presentasjon av hvilke rammer og føringer som gjelder for psykososiale kriseteam. Disse framkommer særlig i Helsedirektoratet sin veileder; *Mestring, samhörighet og håp – veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Den beskriver de psykososiale kriseteamenes formål, rolle og sammensetning, samt gir anbefalinger om drift og organisering (Helsedirektoratet, 2016).

Kriseteamene aktiveres som regel ved brått, uventet dødsfall, vitne til brå død, når mennesker har vært i dødsfare, ved væpnet ran og blind vold (hentet fra retningslinjer i eget kriseteam). Kriseteamet har ansvar for psykososial hjelp og støtte i tidlig fase. I tillegg skal de sikre et tilbud om oppfølging fra de ordinære tjenestene i etterkant av hendelsen. Målet er å fremme mestring i den første fasen, medvirke til sosial fungering og bistå slik at reaksjoner og symptomer dempes (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

Det beskrives i veilederen *Mestring, samhörighet og håp* at kriseteamene har en tverrfaglig sammensetning med ansatte fra den ordinære kommunale helse- og sosialtjenesten. Eksempler på faggrupper er; barnevernpedagog, helsesykepleier, lærer, sykepleier, familieterapeut, psykolog, sosionom, representanter fra flyktingtjeneste og NAV. Medlemmer i teamet kan også være tilknyttet andre relevante tjenester, som for eksempel kirke eller andre trossamfunn. Medlemmene har sin ordinære jobb på hvert sitt tjenestested til daglig, og aktiveres ved kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

1.6 Begrepsavklaringer

I det følgende forklares noen begreper som brukes i oppgaven og som er relevante for problemstillingen.

Psykisk helse:

Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer psykisk helse som: «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (World Health Organisation, sitert i Nes & Clench-Aas, 2011, s. 11).

Tilstanden som beskrives i definisjonen handler om mestring, deltakelse og fungering, og er funksjoner som ofte påvirkes av belastningen det er å miste en nær i selvmord.

Psykisk helsearbeid:

Psykisk helsearbeid handler om å bedre den enkeltes psykiske helse gjennom mestring av hverdagens utfordringer (Helsedirektoratet, 2014, s. 8), noe som er sentralt i den hjelpen som gis etterlatte ved selvmord. Psykisk helsearbeid beskrives som «et samarbeid for å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalsamfunn. Psykisk helsearbeid inkluderer arbeid med å påpeke, og søke å endre, forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting» (Andersen, 2023).

Fagpersoner:

Personene som deltar i studien, er fagpersoner som jobber i den kommunale helse- og sosialtjenesten, og som i tillegg er medlemmer i kommunens psykososiale kriseteam. De omtales som fagpersoner og hjelpere. Dette for å variere språket.

De har ulik grunn-utdanning innen helse- og sosialfag og ulik praksiserfaring fra helsetjenesten.

Psykososiale kriseteam:

Kommunen har ansvar for å gi et helhetlig og samordnet hjelpetilbud til sine innbyggere. En del av dette ansvaret er å gi forsvarlig psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer, og innebærer at «kommunen må sørge for helhetlig og tilrettelagte tilbud av psykososiale tiltak» (Helsedirektoratet, 2016, s. 18). De fleste kommuner har opprettet psykososiale kriseteam, som ofte er en del av kommunens totale beredskap i forbindelse med ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

Et psykososialt kriseteam er «en tverrfaglig sammensatt gruppe som har ansvar for tidlig innsats ved psykososial oppfølging. Kriseteamene har i tillegg en oppgave i å medvirke til at rammede og berørte enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn får tilbud om forsvarlig psykososial oppfølging og støtte fra det ordinære tjenesteapparatet i etterkant av kritiske hendelser» (Helsedirektoratet, 2016, s. 32). Kriseteamet eller deler av det, kan aktiveres ved mindre hendelser, for eksempel ved selvmord (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

Etterlatte:

I oppgaven brukes etterlatte eller etterlatte ved selvmord.

I dagligtale kan begrepene etterlatt og pårørende av og til blandes. Forskjellen på disse er at pårørende er man til en person som er i live, etterlatt er man etter et dødsfall.

I veilederen *Mestring, samhörighet og håp* defineres etterlatte på følgende måte: «Etterlatte er personer som har mistet en nærstående ved plutselig og/eller unaturlig død (f.eks. drap, selvmord, uventet barnedød), eller gjennom ulykker og katastrofer. Begrepet etterlatt brukes hovedsakelig om nærmeste familie: barn, foreldre, ektefelle/partner, søsken og besteforeldre» (Helsedirektoratet, 2016, s. 15).

Selvmord:

Det er aldri bare én grunn til at man tar livet sitt og mange faktorer kan spille inn (RVTS Sør, 2021).

Som etterlatt å forstå hvorfor ens kjære valgte bort livet, kan kjennes ekstra vanskelig.

I den vestlige verden er det flere ulike definisjoner av selvmord. Forståelsen av selvmord har nok også endret seg over tid. Den amerikanske suicidologen Edwin Shneidman, har en definisjon som refererer til en komplisert krisetilstand; «I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord ses som den beste løsningen» (Shneidman, 1985, sitert i Senter for krisepsykologi, 2023).

1.7 Forforståelse

Det den enkelte har med inn i forskningsprosjektet av faglig perspektiv og erfaringer, kalles forforståelse og preger måten vi tolker data på (Malterud, 2017, s. 44). Forfatteren viser til at forforståelsen kan være en viktig del av vår motivasjon for å undersøke et bestemt tema.

Min forforståelse har preget hele forskningsprosessen; fra valg av tema til hvordan utvalget ble valgt ut, hva jeg vektla under datainnsamlingen, hva jeg ønsket å vite mer om og hvilke temaer jeg ikke forfulgte. Jeg har samme fagbakgrunn som flere av informantene, noe som gjør at temaer er gjenkjennbare, eller at jeg blir forutinntatt. Dette kan ha preget min innstilling i intervjusituasjonen og forståelse for dataene som ble samlet inn.

Forforståelsen har også preget analysen og de temaene jeg ble opptatt av å trekke fram. En annen person ville antagelig fått et annet resultat enn mine.

Jeg er selv medlem av et kriseteam i en mellomstor kommune, og jobber ellers som psykisk helsearbeider med samtalebehandling for voksne. Gjennom å ha hatt vakter i kriseteamet i snart 5 år, har jeg erfaring med å rykke ut til etterlatte etter et selvmord. Vi kan bli tilkalt døgnet rundt, hverdag som helligdag. Det er lite tid til forberedelse og man må være innstilt på sterke følelsesmessige reaksjoner fra de kriserammede. I noen tilfeller kan den avdøde ha tatt livet sitt i familiens hjem, og de etterlatte kan ha funnet avdøde. Slike opplevelser er særlig traumatiserende for etterlatte. Hvis det er foreldre som har mistet sitt barn i selvmord, berører det meg særlig, fordi jeg selv har barn. Slike oppdrag har gitt sterke inntrykk.

Selv om jeg jobber med mennesker som har ulike livsbelastninger, er jeg ikke på samme måte vant til å håndtere akutte krisereaksjoner. Jeg kan kjenne på tilkortkommenhet, og det er viktig å kunne tolerere eventuelt stress, for å kunne gi trygghet, være så forberedt som mulig og ved det klare å bistå de etterlatte på en god måte.

Egen erfaring med å jobbe i kriseteam i kombinasjon med å lese forskning om at etterlatte ved selvmord opplever å ikke få nødvendig oppfølging, gjorde at jeg ønsket å hente erfaring fra fagpersoner i andre kriseteam.

Dette bakteppet preger min forståelse av fagfeltet, og er noe jeg er påvirket av i prosessen med denne oppgaven.

1.8 Oppgavens oppsett

Etter innledningen utdypes den teoretiske overbygningen for oppgaven i kapittel 2. Kapittel 3 inneholder metode og ulike valg som er gjort og begrunnelse for disse. Kapitlet inneholder også en beskrivelse av analyseprosessen ved bruk av tematisk analyse. Funnene fra analysen presenteres i kapittel 4. Diskusjon av resultatene gjøres i kapittel 5. Studiens styrker og begrensninger presenteres også her, samt implikasjoner for praksis. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og oppsummerende refleksjoner.

2 Teori

I dette kapitlet beskrives psykososiale kriseteam mer inngående enn i del 1, med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder *Mestring, samhörighet og håp* fra 2016. Aktuelt lovverk for kriseteamsarbeid gjøres rede for, samt beskrivelse av den delen av handlingsplanen for forebygging av selvmord, som omhandler etterlatte. Psykososiale tiltak for etterlatte, samt kompetanseutvikling og opplæring presenteres også, og anbefalinger for hvordan ivareta kriseteamets medlemmer. Avslutningsvis presenteres forskning fra litteratursøk, artikler og bøker jeg har funnet fram til og har fått foreslått.

2.1 Psykososiale kriseteam

Den følgende beskrivelsen av psykososiale kriseteam, tar utgangspunkt i veilederen *Mestring, samhörighet og håp* fra 2016.

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å yte et helhetlig og samordnet hjelpetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det innebærer å sørge for «et koordinert tilbud av kommunale tjenester og psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» (Helsedirektoratet, 2016, s. 18). Kommunene kan i stor grad selv bestemme hvordan den psykososiale oppfølgingen skal organiseres, og de fleste kommuner i Norge har valgt å opprette psykososiale kriseteam som har ansvar for tidlig innsats, og skal følge opp enkeltpersoner, familier og nettverk raskt og forsvarlig (Helsedirektoratet, 2016, s. 31). Teamet aktiveres ved kriser, ulykker og katastrofer, enten i stedet for eller i tillegg til øvrige ordinære tjenester (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

I forordet til Helsedirektoratets veileder (2016, s. 5), fremkommer at den første nasjonale veileder om arbeid med krise- og katastroferammede som gjelder for kommunene, ble utgitt i 2011. Det psykososiale arbeidet i kommunen skal forebygge og avhjelpe oppståtte traumer, og veilederen fra 2011 tydeliggjorde kommunens forpliktelser (Helsedirektoratet, 2016, s. 5).

Veilederen fra 2016, er en revidert versjon av den som ble utgitt i 2011, som følge av erfaringer og ny læring som ble gjort etter terrorhendelsen 22. juli 2011. Med mennesker på flukt, og trusler om terror, vil det fortsatt være behov for hjelp til kriserammede, og kriseteamene utgjør selve grunnsteinen i dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2016, s. 5).

Veilederen *Mestring, samhörighet og håp* fra 2016, skal bidra til å sikre forsvarlig psykososial oppfølging i hele landet, med klare og forutsigbare rammer (Helsedirektoratet, 2016, s. 8).

Dette gjelder krisehåndteringsarbeid både i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Veilederen kommer med anbefalinger og konkrete tiltak, blant annet at det skal sikres tidlig proaktiv hjelp og helhetlig og langvarig oppfølging etter behov (Helsedirektoratet, 2016, s. 8).

For å sikre forsvarlige tjenester, må kommunen planlegge, evaluere og korrigere den psykososiale oppfølgingen. Dette er først og fremst et ansvar virksomheten og dens leder har, men den enkelte yrkesutøver er også forpliktet til å yte tjenester av forsvarlig og god kvalitet (Helsedirektoratet, 2016, s. 18).

Et psykososialt kriseteam er fortrinnsvis tverrfaglig sammensatt av fagpersoner fra det ordinære tjenesteapparatet innen helse- og sosialsektoren, og deltar i kriseteamet i tillegg til sin ordinære jobb (Helsedirektoratet, 2016, s. 32). Sammensetning og utforming av teamet er avhengig av lokale forhold og tilgjengelige ressurser i den enkelte kommune. Likeledes vil størrelse på teamet og medlemmenes fagkompetanse ha lokale variasjoner (Helsedirektoratet, 2016, s. 36). Fagpersoner som deltar i kriseteam kan være helsesykepleier, psykolog, psykisk helsearbeider, sosionom, representanter fra NAV, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern og representanter fra religiøse miljøer. I tillegg til helsefaglig kompetanse, bør teamet ha tilgang til både barnefaglig og minoritetskompetanse (Helsedirektoratet, 2016, s. 36–37).

Kriseteamet kan aktiveres ved hendelser av mindre omfang, som potensielt kan være traumatiserende for enkeltpersoner, familier og nettverk. Eksempler på slike hendelser er selvmord, drap, uventet død, ulykker og andre uventede hendelser. Ofte er det et fåtall av kriseteamets medlemmer som bistår i oppfølgingen. Ved større ulykker og katastrofer vil det psykososiale kriseteamet være en del av kommunens helse- og beredskap (Helsedirektoratet, 2016, s. 32).

For å sikre helheten i tilbudet, må medlemmene i kriseteamet sørge for relevant samarbeid med interne og eksterne instanser (Helsedirektoratet, 2016, s. 18).

Kriseteamet har taushetsplikt og journalføringsplikt (Helsedirektoratet, 2016, s. 25–27). Aktuelle lover for arbeidet i kriseteamet, følger i neste kapittel.

2.2 Lovverk

For å sikre sikker og forsvarlig hjelp er det nødvendig å kjenne til relevante lover og oppgaver som kriseteamet er omfattet av.

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunens overordnede ansvar og oppgaver knyttet til tjenester til befolkningen, både de som bor der og de som oppholder seg midlertidig på stedet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven inneholder få konkrete hjelpetiltak, men regulerer kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tjenester.

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder regler om rettigheter som pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Under denne loven ligger pasientens og brukers rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Retten til tjenester avhenger av den enkeltes behov.

Helsepersonelloven regulerer blant annet fagpersonens profesjonsbestemte taushetsplikt som ytere av helsehjelp og journalføringsplikt (Helsepersonelloven, 1999).

Taushetsplikten skal sørge for folks tillit til offentlige tjenester. Imidlertid kan taushetsbelagt informasjon gis videre dersom den personen som opplysningene gjelder har samtykket til det (Helsepersonelloven, 1999, § 22).

Helsepersonell har uten hinder av taushetsplikt, opplysningsplikt til barnevernet ved mistanke om mishandling og manglende daglig omsorg eller annen alvorlig omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Dette er for å sikre at barn får nødvendig bistand fra barnevernet.

Helsehjelpen som gis av fagpersoner i kriseteamet, er underlagt journalføringsplikt. Det skal nedtegnes «nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen» (Helsepersonelloven, 1999, §§ 39, 40). Dette er opplysninger som anses viktige for senere oppfølging av pasienten (Helsedirektoratet, 2016, s. 27). Dersom rammede har mindreårige barn, har helsepersonell plikt til å ta hånd om barnas behov (Helsedirektoratet, 2016, s. 27).

Forvaltningsloven i tillegg til helsepersonelloven, regulerer også taushetsplikt for ansatte i en offentlig helse- og omsorgstjeneste. Kriseteamet har derfor taushetsplikt i henhold til to lover. Enhver som utfører tjeneste for et forvaltningsorgan er pliktig å hindre at opplysninger man får gjennom sitt arbeid om noens personlige forhold, ikke gjøres kjent for andre (Forvaltningsloven, 1967, § 13).

2.3 Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord

Det var en økning i antall selvmord fra 1970 til 1990, og etter 1990 har selvmordsraten vært lavere, men høyere enn før 1960 (Stene-Larsen et al., 2014). For å måle antall selvmord, brukes selvmordsrate pr. 100 000 for å kunne ta høyde for befolkningsutviklingen (Stene-Larsen et al., 2014). I årene 2013-2020 (alder 0-74 år), tok i gjennomsnitt 15,8 menn pr. 100 000 livet sitt, mens tallet var 7,2 for kvinner. I 2021 var dette tallet 17 for menn og 7 for kvinner (Norgeshelsa, u.å.).

De siste tiårene har det vært satset på forebygging av selvmord i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 4). Hvert selvmord er en enorm tragedie, både for den enkelte som ikke så noen annen utvei og for alle de etterlatte som blir igjen med sorg og mange spørsmål. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 har fått navnet *Ingen å miste*, har en nullvisjon for selvmord, og ble lansert 10.9.2020, på Verdensdagen for forebygging av selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 1). I forordene til planen står det «en nullvisjon skal bidra til at tjenester og sektorer i større grad setter av ressurser til å forbedre sitt selvmordsforebyggende arbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 3). Det er et mål at selvmordsforebygging prioriteres og felles ansvar fremheves. Nullvisjon kan muligens oppfattes som vanskelig å nå, men vedtaket tar utgangspunkt i et ønske om at ingen skal ta sitt liv (Pedersen et al., 2021, s. 211). Forordene i handlingsplanen påpeker at nullvisjonen ikke skal bidra til frykt for å gjøre feil eller skape skyldfølelse hos verken etterlatte eller helsepersonell, men tanken er at vi skal stadig jobbe mot å forebygge selvmord enda bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 3).

Handlingsplanen er utarbeidet av åtte departementer, og forebyggingen er omfattet av ansvarsområdene til disse.

Planen inneholder 6 mål og 61 tiltak. Et av målene i handlingsplanen, mål 5, er; «umiddelbar og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49), og det er dette målet i planen som omtales videre i dette kapittelet.

Det fremheves i handlingsplanen (2020b, s. 49) at omgående og langvarig oppfølging av selvmordsetterlatte er selvmordsforebyggende, siden de har økt risiko for selv å ta sitt liv. Det pekes på at hjelpen de etterlatte får etter å ha mistet noen i selvmord, oppleves tilfeldig, videre er forekomst av psykiske lidelser hos denne gruppen godt dokumentert, og de kan være i behov av hjelp og oppfølging i lang tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49). Folkehelseinstituttet (FHI) er i gang med å undersøke betydningen av helse- og

velferdstjenester i forbindelse med oppfølgingen av etterlatte, hvor målet er å «frembringe ny og helhetlig kunnskap» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49).

Det er to tiltak som pekes på når det gjelder å nå målet om umiddelbar og langvarig oppfølging:

- «regjeringen vil styrke tjenestenes arbeid med ivaretagelse og oppfølging av etterlatte, inkludert barn, ved selvmord, og bidra til at dette inngår i tjenestens helhetlige arbeid».
- «regjeringen vil gjennomgå veileder *Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* og vurdere behov for oppdateringer og behov for å utforme standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 50).

Siden handlingsplanen ble lansert i 2020, har det i 2021 og 2022 blitt utgitt en årsrapport om fremdriften i arbeidet. Årsrapport og status pr. 10. september 2022 blir nærmere omtalt i det påfølgende kapittelet.

2.3.1 Kunnskapsgrunnlaget for ivaretagelse av etterlatte

Et av tiltakene i handlingsplanen for forebygging av selvmord, under mål 5, er å styrke tjenestenes arbeid med ivaretagelse og oppfølging av etterlatte, og sørge for implementering i tjenestenes helhetlige arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 50).

I årsrapport og status pr. september 2022, beskrives at de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har fått oppdraget med å iverksette veilederen for oppfølging av etterlatte etter selvmord, i tjenestene, noe som gjøres i samarbeid med Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE), og gjennom kurs tilpasset den enkelte kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 20).

For øvrig ytes tilskudd fra Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen «Nasjonale tiltak for forebygging av selvskading og selvmord» til prosjekter rettet mot etterlatte ved selvmord. Målet er at prosjektene bidrar med ny kunnskap som kan styrke tjenestenes arbeid med oppfølgingen av etterlatte. Videre gjøres det søk etter oppdatert forskning for at ny og helhetlig kunnskap skal gi grunnlag for ulike veiledere, anbefalinger og retningslinjer til tjenestenes arbeid med ivaretagelse av etterlatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 21).

Det andre tiltaket i handlingsplanen som gjelder etterlatte, handler om å gjennomgå veilederen *Etter selvmordet* som er fra 2011. Denne er i behov av oppdatering, og det vurderes om den skal inkludere et standardisert oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 50).

Etterlatte er også omtalt i andre veiledere og retningslinjer fra Helsedirektoratet, blant annet *Retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* fra 2008. Denne retningslinjen skal gjennomgås, og i forbindelse med dette arbeidet skal det gjøres søk etter oppdatert forskning om ivaretagelse og oppfølging av etterlatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 21). Årsrapporten beskriver videre at dette kunnskapsgrunnlaget vil brukes blant annet i arbeidet med å gjennomgå veilederen *Etter selvmordet* (2022, s. 21).

Årsrapporten fra 2022 viser også til et samarbeid med Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE). Foreningen er sammen med øvrige kompetansemiljøer en sentral bidragsyter og ressurs når det gjelder områder de synes bør vektlegges og løftes frem i oppfølgingen av etterlatte.

En annen samarbeidspart i dette arbeidet, er Folkehelseinstituttet (FHI) som forsker på betydningen av helse- og velferdstjenestene i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 20).

2.4 Psykososiale tiltak overfor etterlatte ved selvmord

Det å miste en nær person i selvmord vil være traumatiserende for mange og det vil være viktig med god ivaretagelse, informasjon og bistand. En slik hendelse kan utløse kriser som sterkt påvirker selv velfungerende mennesker og deres mulighet til å ta vare på seg selv kan i noe tid reduseres (Hermstad & Johansen, 2017a).

Det er som oftest kriseteamet som i det vesentlige tar hånd om krisehjelpen og dens innhold de første dagene, og teamet har en avgjørende rolle i å sørge for psykisk og fysisk førstehjelp overfor etterlatte (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 199).

Veilederen *Etter selvmordet* (Helsedirektoratet, 2011), setter søkelys på etterlattes behov etter å ha mistet en nær i selvmord og tiltakene som presenteres gjøres ut ifra kunnskap om at etterlatte ved selvmord kan ha risiko for å utvikle alvorlige psykiske og fysiske plager. Selv om veilederen ikke er sidestilt med et lovverk, gir den forholdsvis sterke føringer til den

enkelte kommune om å ha en viss grad av kunnskap om innholdet, slik at det sikres god hjelp og at grove feil forhindres i oppfølgingen (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 197).

Forskning viser at etterlatte ved selvmord er utsatt for flere belastninger sammenlignet med andre etterlatte (Helsedirektoratet, 2011, s. 4–5). Belastningene kan blant annet være det å ha vært pårørende til noen som opplevde tilværelsen så krevende at de avsluttet livet sitt.

Etterlatte kan ha skyldfølelse fordi man ikke klarte å avverge selvmordet, andre kan ha vært i konflikt med avdøde og mange vil resten av livet slite med en rekke ubesvarte spørsmål knyttet til hvorfor og hvordan selvmordet kunne skje (Helsedirektoratet, 2011, s. 5). Disse forholdene gjør at etterlatte ved selvmord kan være i behov av psykososial støtte av ulik art (Helsedirektoratet, 2011, s. 4).

Veilederen peker på at etterlatte ved selvmord etterlyser systematisk profesjonell oppfølging etter et selvmord. Selvmord kan være skambelagt og mange synes derfor det er vanskelig å søke hjelp, noen er også usikre på hva de trenger hjelp til, videre fremheves at hjelpen bør tilbys umiddelbart og gjentas dersom etterlatte ikke klarer å ta imot hjelpen innledningsvis (Helsedirektoratet, 2011, s. 42).

I den akutte fasen har etterlatte ofte et stort behov for informasjon, praktisk hjelp og veiledning, og mange har behov for kunnskap om hvordan ivareta barn. Informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig, og gjentas, fordi det kan være vanskelig å huske hva som blir sagt (Helsedirektoratet, 2011, s. 42).

Helsedirektoratets veileder (2011, s. 43) fremhever at oppfølgingen som gis bør være tilpasset den enkeltes behov, deres individuelle forskjeller og reaksjoner. Den påpeker videre viktigheten av å yte hjelp over tid, noe som innebærer å følge med på utvikling av et komplisert sorgforløp.

Michel (2014, s. 2) viste imidlertid i en kunnskapsoppsummering at mennesker klarer seg generelt bra når det gjelder sorg etter tap, men hvis man ser på spesielle grupper, så kan 50-60 prosent av de som har mistet en slektning under dramatiske forhold, få langvarige plager. Innretningen på tiltakene bør rettes mot de som trenger det mest over tid, og som også påpekt i veilederen (Helsedirektoratet, 2011, s. 43), fremhever Michel at man også bør følge med på, og holde kontakten med de som ikke har synlige behov innledningsvis i et sorgforløp (2014, s. 2–3).

Michel (2014, s. 3) viser videre til at nyere tids syn på krisestøtte innebærer å ikke fokusere på psykisk bearbeiding av hendelsen i akutfasen. Forfatteren fremhever at det er viktig å ikke være påtrengende, men skape trygghet for den enkelte som er rammet og ta utgangspunkt i dennes behov og situasjon. Mobilisering av sosialt nettverk er vesentlig, og den viktigste støtten får man av sine nærmeste etter alvorlige hendelser, noe tidligere studier har vist at gir mindre psykiske helseplager (Michel, 2014, s. 3).

Andre tiltak i akutfasen, innebærer å skape trygghet, dempe uro, være proaktiv, gi informasjon om normale reaksjoner og støtte tilfriskningsprosessen (Helsedirektoratet, 2016, s. 56; Michel, 2014, s. 5).

2.4.1 Etterlattes perspektiv på oppfølging

Tilpasset oppfølging er ingen lett oppgave, men i Norge har vi mye kunnskap om hvordan mennesker som har det vanskelig kan hjelpes (Balto & Vestli, 2021, s. 161). Forfatterne viser til at kompetansen i fagmiljøene har økt de siste tjue årene, at flere lavterskeltilbud er tilgjengelig og at oppmerksomheten i samfunnet om psykisk helse og selvmord i større grad har gjort det mulig for etterlatte å finne fram til gode tiltak (2021, s. 163). Balto og Vestli påpeker videre at til tross for at vi har mye kompetanse og varierte tilbud, så er erfaringene fra selvmordsetterlatte at man ikke har evnet å etablere et godt nok systematisk tilbud for etterlatte i Norge, og at «tilbudene er gode, men for tilfeldige» (2021, s. 163).

Ulik kvalitet på de kommunale tilbudene og manglende kompetanse hos fagpersoner, kan spille inn, men det vises til at det perfekte system kan være vanskelig å oppnå fordi behovene er veldig ulike og det å komme til en felles forståelse om hva som virker er utfordrende (Balto & Vestli, 2021, s. 164).

Omsorgsprosjektet var en studie hvor etterlatte som hadde mistet barn og søsken i 1997-1998 ved selvmord, ble intervjuet og fylte ut spørreskjema om hvordan det var å være etterlatt (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 188). Forfatterne sammenfattet budskapet fra prosjektet og viste til at etterlatte ønsket at tilbudet om hjelp skulle vare gjennom hele det første året etter dødsfallet. Videre at det var vanskelig for etterlatte å vite hva de hadde behov for av hjelp, og i tillegg var for utmattet til å be om hjelpen (2021, s. 188). På bakgrunn av de etterlattes behov som kom fram i Omsorgsprosjektet, bør hjelpen dermed være differensiert og basert på en langsiktig tilnærming (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 188).

Overgangen fra oppfølging fra kriseteam til ordinære tjenester kan være sårbar og flere etterlatte savner koordinert oppfølging når ordinært hjelpeapparat overtar etter den akutte fasen (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 199). Studier har vist til at etterlatte har risiko for ulike helsemessige plager, noe som fordrer at kommunene bør ha tilgang på fagpersoner som kan fange opp og ivareta dette behovet hos etterlatte (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 194). Det vises til at det krever en koordinert oppfølging som er langt utenfor kriseteamets funksjon, og om slik oppfølging uteblir, vil den etterlatte kunne få større plager og kreve mer ressurser fra hjelpetjenesten enn det som var behovet innledningsvis (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 194).

2.5 Kompetanseutvikling og opplæring

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), har fem regioner; Nord, Midt, Øst, Vest og Sør (RVTS, 2023). RVTS Vest tilbyr landets kommuner opplæring i psykososialt krisearbeid, samt gir råd og veiledning om kriseteamsarbeid.

Krisekompetanse består av helsefaglig kunnskap, samt praktisk, erfaringsbasert kunnskap om håndtering av krisesituasjoner, og fagpersoner som har spesiell erfaring fra kriser i sitt ordinære arbeid vil derfor være særlig egnet til å være med i et kriseteam (Hermstad & Johansen, 2017a). Forfatterne fremhever videre at erfaringene kriseteamsmedlemmene får med å håndtere blant annet sterke, kanskje irrasjonelle følelsesuttrykk kan bli en veldig god kompetanse, om den utvikles gjennom refleksjon, bearbeiding og veiledning (2017a).

For å utvikle og vedlikeholde kompetansen, er det nødvendig med opplæring, oppdatering, øvelser og regelmessige samlinger. I tillegg kommer møter som gjelder de enkelte oppdrag. Dette vil være med på å utvikle faglig trygghet og trygghet personellet imellom (Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Det påpekes videre at jevnlig øvelser gir et godt grunnlag for å mestre påkjenninger under oppdrag og er med på å redusere risiko for at fagpersoner utvikler psykiske reaksjoner etter store belastninger (Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Jevnlige fagmøter fremheves også av Hauge og Dyregrov (2021, s. 201), som henviser til at selv om kriseteamet sjelden er aktivert, så bør de innimellom møtes for å gå igjennom prosedyrer, ha rollespill og kurse seg, noe som også vil inkludere viktig opplæring av nye medlemmer i teamet.

RVTS Vest ønsker å bidra til at kommunene er forberedt på oppdraget de har i det psykososiale arbeidet gjennom kriseteamene, og fremhever fire kompetanseutviklingskrav som kriseteamene bør prioritere:

- 1: Veiledning, som er et av de viktigste kompetansetiltakene for et kriseteam. Det gir anledning til «refleksjon, ettertanke og systematisering av kunnskap».
- 2: Øvelser, som er en grunnpilar i kompetanseutvikling. Når det er beredskapsøvelser i kommunen, er det viktig at kriseteamet får øve sammen med innsatsenhetene (politi, redningstjeneste, ambulanse).
- 3: Evaluering av hendelser og øvelser. Dette kan skje ved egen refleksjon i teamet, eller ved å systematisere tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere og berørte.
- 4: Deltagelse på kurs og fagutvikling. En viktig motivasjonsfaktor for å være med i kriseteam, og en viktig anerkjennelse er muligheten for å få tilført ny kunnskap, som også hever kvaliteten på annet arbeid teammedlemmene utfører. Kurs og konferanser oppleves som en verdsetting, som igjen vil skape økt slitestyrke og motvirke utbrenthet. Dette bidrar til stabile kriseteammedlemmer (Hermstad & Johansen, 2017a).

2.6 Ivaretagelse av hjelperen

Kriseteamsarbeid er krevende og de oppdragene man blir utkalt til, kan være preget av de etterlattes voldsomme smerte, noe som kan medføre slitasje og reaksjoner hos hjelperen (Helsedirektoratet, 2016, s. 40).

Dette anerkjennes også av Hauge og Dyregrov (2021, s. 203), som viser til at arbeidet bør være preget av en struktur som hos den enkelte hjelper fremmer trygghet og en følelse av at man håndterer oppdraget, og i tillegg har nok informasjon til å bistå de etterlatte. Hvis dette ikke er til stede kan medlemmene oppleve situasjonen som kaotisk og være med på å bidra til slitasje og emosjonell utmattelse (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 203).

Det anses derfor som viktig å legge til rette for god ivaretagelse av medlemmene og forebygge utbrenthet. Ansatte innenfor helse- og sosialtjenestene står i fare for å strekke seg lenger enn hva som er bra for egen del fordi man har et helt ekte ønske om å hjelpe andre (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 236). Forfatterne fremholder at ønsket om å være til hjelp for mennesker som har det vanskelig, bør avveies mot hjelperens behov for å sette grenser for seg

selv. Dette er veldig sentralt for å kunne bevare engasjement og overskudd i arbeidet (2016, s. 236).

Samtidig som det er viktig å være bevisst på selvivaretakelse, bør det ikke gjøres kun til et individuelt ansvar. Dette må gjøres på systemnivå, og både kolleger, ledere og systemene må sørge for at hjelpere ikke blir for belastet i jobben sin (Haavik & Toven, 2020, s. 12).

Forfatterne fremhever at et ivaretagende system må ha kunnskap om hva som fører til risiko for skader, hva som beskytter og hva som gir slitasje. Tar hjelperen vare på seg selv og blir tatt godt vare på i sin organisasjon, har vedkommende mindre risiko for å bli syk eller skadet av eventuelle belastninger i arbeidet (Haavik & Toven, 2020, s. 12).

Thuen og Dyregrov (2016, s. 235) viser også til at det er et ledelsesansvar å sørge for at helse- og sosialarbeidere på beste vis klarer å ta vare på de som trenger hjelp. Dette kan ledere gjøre ved å sørge for tilstrekkelig fagkompetanse for sine ansatte, gode prosedyrer, veiledningsordninger, etter- og videreutdanninger, samt tilbakemeldingsrutiner fra de som mottar hjelpen.

Erfaringene fra 22. juli-terroren avdekket et behov for kompetanseheving i kriseteamene, og helsedirektoratet ønsket å gi et løft til fagpersonene i disse teamene (RVTS Sør, u.å.-a). Dette oppdraget ble gitt til Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Sør (RVTS Sør), som er et ledende fagmiljø innen psykologiske traumer. Utgangspunktet var å finne ut hva medlemmer av kriseteam trenger for å fortsette sitt arbeid med krevende menneskemøter. De kalte programmet «Påfyll» (RVTS Sør, u.å.-b).

Målet med programmet var gjennom refleksjon, faglig påfyll og øvelser, å styrke hjelperen ved å spørre «Hvem er jeg i møte med kriser?» «Hva tåler jeg?» og «Hva trenger jeg?» Videre ble kollegasamhandling og team-bygging vektlagt, samt nettverkskompetanse med samhandling på tvers (RVTS Sør, u.å.-a).

Det ble høsten 2012 utarbeidet kursmateriell og invitert til samlinger for kriseteamene, for å gi faglig og menneskelig påfyll. Dette skulle bidra til å styrke fagpersonen, kollegasamhandling og nettverksbygging (RVTS Sør, u.å.-a).

Helsedirektoratets veileder *Mestring, samhörighet og håp*, beskriver også viktigheten av ivaretagelse av kriseteamets medlemmer (Helsedirektoratet, 2016). Den fremhever at teamets medlemmer bør opptre to og to, spesielt i den akutte fasen. Ved spesielt krevende oppdrag, bør man sørge for at medlemmer med mindre erfaring får bistand og støtte fra de med mer

erfaring. Den påpeker også at leder bør være særlig oppmerksom på eventuell slitasje hos medlemmene, og sette i gang relevante tiltak (Helsedirektoratet, 2016, s. 40).

Arbeid i kriseteam er spesielt på den måten at det er uforutsigbart og man må være forberedt på å romme intense følelsesuttrykk. Man får også begrenset med tid til å forberede seg. Et slikt arbeid kan medføre slitasje og ulike reaksjoner hos fagpersonen (Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Mange hjelpere er vant til å forholde seg til sterke emosjonelle uttrykk i sitt arbeid med mennesker, imidlertid utvikler noen få posttraumatiske stressplager (Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Erfaring viser at det bør etableres rutiner på å avholde en avlastningssamtale om den aktuelle hendelsen og hvordan arbeidet ble håndtert, hvor målet er at de som var på oppdrag sammen får oversikt over og evaluert sin innsats (Helsedirektoratet, 2016, s. 41).

Det anbefales videre å snakke om forløpet og innsatsen, hvor fakta vektlegges, og avvente med å ta opp sterke emosjonelle situasjoner, da det kan opprettholde aktiveringen (Helsedirektoratet, 2016, s. 41). Kollegastøtte innad i teamet, vil bidra til økt mestring og forebygging, og det anbefales videre i veilederen at det etter noe tid avtales et tidspunkt for en grundig drøfting av hendelsen (Helsedirektoratet, 2016, s. 41).

Det kan være store lokale forskjeller når det gjelder den psykososiale beredskapen, siden den enkelte kommune er ansvarlig for hvordan de løser oppgaven (Ringereide & Johansen, 2017). Forfatterne skriver videre at forventningene til brukerne om likeverdige tjenester kan skape misnøye og kritikk, som igjen skaper ytterligere press på fagpersonene i kriseteamet. Dette hevder forfatterne, at kommer i tillegg til det krevende ansvaret og utfordringer knyttet til oppdraget, og god ivaretagelse av medlemmene er derfor av stor betydning (Ringereide & Johansen, 2017). Forfatterne peker på at ivaretagelse handler både om utøvelse av egenomsorg, ivaretagelse av kollegaer i teamet og lederens ansvar for den enkelte og for teamet (2017).

2.7 Forskning på fagområdet

2.7.1 Litteratursøk

For å finne aktuell forskning og litteratur som var relevant til problemstillingen, har jeg søkt i PsycINFO, Scopus, Oria og Google Scholar, og brukt ulike kombinasjoner av søkeord. Jeg har fått god hjelp av bibliotekaren på høgskolen.

Det ble brukt søkeord som etterlatt ved selvmord, selvmordsetterlatte, suicid i kombinasjon med oppfølging, kommunehelsetjeneste, psykososial støtte, primærhelsetjeneste. Det ble også brukt engelske ord som suicide bereavement i kombinasjon med crisis, primary health care, follow-up, psychosocial support.

For å finne forskning som omhandlet hvordan kriseteamsmedlemmer følges opp, ble det brukt søkeord som crisis team, support team, crisis intervention, crisis intervention team, psychosocial crisis team og forskjellige kombinasjoner av disse. De ulike søkeord for kriseteam ble kombinert med: peer support, peer group, support group, peer counseling eller follow-up. Dette ga treff, men ikke relevant litteratur for oppgavens tema.

I noen treff på artikler, dukket ordet 'crisis support service' opp. Imidlertid viste det seg at dette var en lavterskel krisestøttetjeneste, gjerne telefon- eller digitalbasert.

Presentasjon av relevant kunnskap og litteratur, følger i de neste to kapitler.

2.7.2 Studier om etterlatte ved selvmord

I arbeidet med å søke etter litteratur fikk jeg treff på flere artikler om etterlattes behov, hvilke mangler i oppfølgingen og deres møte med helsetjenesten. Det har gitt et kunnskapsgrunnlag for å begrunne studien og hvorfor det er viktig å forske på dette fagfeltet. Imidlertid fant jeg begrenset med forskning fra et helsetjeneste-perspektiv, fra kommunehelsetjenestenes sitt arbeide med etterlatte ved selvmord.

Denne mangelen på kunnskap om etterlattes bruk av helsetjenester, ble jeg også gjort kjent med og oppmerksom på gjennom samarbeidet med forskerne i SINTEF Helse; Silje Kaspersen og Jorid Kalseth. De har, sammen med to øvrige forskere, i artikkelen *Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review* (Kaspersen et al., 2022a) oppsummert internasjonal forskningslitteratur på fagområdet fra 2010 til 2022, som undersøker den oppfølgingen og støtten som tilbys av helsetjenesten og likepersons-organisasjoner for etterlatte ved selvmord. Oppsummeringen som forskerne har foretatt, har inkludert 63 fagfelleverderte artikler fra høyinntektsland, og tematisk analyse ble utført for å oppsummere resultatene.

Kaspersen et al., fant i sin internasjonale litteraturgjennomgang at det er mye kunnskap om hvordan det oppleves å være etterlatt ved selvmord, og alle de kompliserende faktorer som en sorg etter et selvmord etterlater seg. Imidlertid viste den at det er mangel på kunnskap både

om etterlattes bruk av helsetjenester i Norge og internasjonalt og om den systematiske oppfølgingen, i tillegg til hvordan koordinering mellom tjenester fungerer for etterlatte (Kaspersen et al., 2022a).

Gavrel sin fagartikkel *Hvordan kan kommuner ivareta etterlatte ved selvmord?* (2020) tar utgangspunkt i hvordan man kan møte etterlatte ved selvmord på en god måte i kommunehelsetjenesten. Utgangspunktet for artikkelen er kunnskap om at etterlatte har en risiko for å utvikle betydelige fysiske og psykiske helseplager, og fare for tidlig død. Tilbakemeldingene fra både etterlatte og fagfolk er at hjelpen varierer i stor grad fra kommune til kommune. Det konkluderes med at det er avgjørende at etterlatte får oppfølging over år og at det er viktig med samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor (Gavrel, 2020).

Gjennom samarbeidet med forskerne på SINTEF Helse, ble jeg gjort kjent med artikkelen til Reime og Dyregrov; *Psykososial oppfølging ved narkotikarelatert død. Nasjonal styring og lokalt handlingsrom* (2022). Artikkelen peker på at etterlatte ved narkotikarelatert død, ofte går under radaren og kan oppleve å ikke bli ivaretatt av kriseteamene eller få annen psykososial støtte. Artikkelen tar for seg veilederen *Mestring, samhørighet og håp* fra 2016 og ser på hvilke føringer veilederen gir for kommunens tjenester ved narkotikarelatert død. I tillegg ser de på hvordan kommunale ledere erfarer at den kommunale psykososiale støtten fungerer for denne gruppen etterlatte, hvordan de ivaretas og hvordan hjelpen organiseres. Resultatene av studien viser at kommunene har stort handlingsrom når det gjelder organisering av det psykososiale krisearbeidet, noe som kan gi et tilfeldig tilbud til etterlatte. Forskerne tar til orde for å styrke nasjonal føring på dette området og anbefaler at det blir et påbud til kommunene å utarbeide en egen plan for psykososial oppfølging (Reime & Dyregrov, 2022). Selv om studien omhandlet narkotikarelatert død, anses den å ha paralleller til min studie, da disse dødsfallene også er en stor påkjenning for de etterlatte og kan utløse mange av de samme oppfølgingsbehovene.

Kari Dyregrov har i en årrekke forsket på etterlatte ved selvmord og er redaktør sammen med Vigdis Songe-Møller i boka *Nye perspektiver på selvmord. Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd*. I kapittel 10, av Hauge og Dyregrov (2021), er tittelen *Er vi tilfredse med hjelpeapparatet si støtte til sjølvordsetterlatne i dag?* og kapittelet tar utgangspunkt i etterlattes perspektiv. Forfatterne tildeler kriseteamet særlig fokus, og henviser til at det arbeidet som gjøres i den første fasen, avgjør den videre sorgprosessen. De påpeker også at høy kvalitet i den første fasen, indikerer god kvalitet i den videre oppfølgingen. Det henvises til at kommuneledelsen bør pålegge aktuelle instanser å gjennomgå veilederen *Etter*

selvmordet slik at innholdet er forstått av de som kan bli involvert i en krise. Videre påpekes at etterlatte savner en mer koordinert oppfølging når ordinære tjenester tar over etter kriseteamet og at etterlatte trenger tilpasset hjelp. Det reflekteres også om det kunne være en idé om de etterlatte kunne få muligheten til å møte igjen de som støttet de i den akutte fasen. Dette for å kunne få informasjon eller stille spørsmål fra den første tiden som kan være vanskelig å huske.

Oppsummerende kommer det fram at oppfølgingsarbeidet er mye bedre enn det var for 30-40 år siden. I dag er det mer systematikk og samarbeid mellom leddene i hjelpeapparatet, men både etterlatte og fagpersoner påpeker mangler i oppfølgingsarbeidet (Hauge & Dyregrov, 2021).

2.7.3 Studier om ivaretagelse av fagpersonen

Det har vært utfordrende å finne internasjonal forskning på temaet om ivaretagelse og kollegastøtte av hjelperen i kriseteam. Det finnes trolig en tilsvarende tjeneste som kriseteam i internasjonal sammenheng, men det har ikke lyktes å finne fram til tittel/begrepet på en slik tjeneste. Det finnes en god del forskning på kollegastøtte for innsatspersonell (first responders), men fagpersoner fra kriseteam kommer antagelig ikke inn under den betegnelsen. Innsatspersonell er som regel brannmannskap, politi, ambulanspersonell og annet redningspersonell, og de kommer aller først til nødsituasjoner hvor det kan stå om liv og død.

Fagartikkelen *Også hjelpere trenger hjelp* av Lindsten og Torjussen (2017) fremhever hvordan hjelperen kan bli kroppslig aktivert allerede før man reiser ut i kriseteamsoppdrag, men også etterpå. Det påpekes at det er viktig at noen stiller opp for hjelperen, slik at hjelperen kan ta vare på seg selv. Forfatterne fremhever at hjelperrollen kan aktivere stress og sånn sett utgjøre en risiko for hjelperen. Dette til tross for at det oppleves svært meningsfylt å jobbe i helsesektoren og få komme nært på mennesker i kriser.

Det skildres i artikkelen at for å kunne gi god hjelp, må hjelperen være mentalt forberedt, bevare ro og oversikt i situasjonen. Arbeid i et psykososialt kriseteam kan være preget av uoversiktighet, man vet ikke omfanget av hendelsen. Forfatterne peker på at man må kjenne sitt eget spenningsnivå for å beskytte seg selv, og det pekes på at hjelperne må følge med på, og ivareta hverandre (Lindsten & Torjussen, 2017).

Jeg ble gjort kjent med masteroppgaven; *Hvordan fungerer kollegastøtte?* som omhandler kollegastøtte i ambulansetjenesten (Våge, 2021). Der kom det fram at kollegastøtteordning kan ha betydning for trygghet og ivaretagelse, og det viste seg at det å selv ta kontakt for støtte, var krevende. Anbefalingen er at en kollegastøtteordning bør være oppsøkende.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har fem regioner; Nord, Midt, Vest, Sør og Øst og tilbyr veiledning, kompetanse og kurs innenfor krise- og traumefeltet. RVTS Vest har jevnlig tilbud om det som kalles *Kriseteamskule* – et tilbud om kompetanseheving til psykososiale kriseteam. RVTS Øst har jevnlig tilbud om blant annet opplæring til kommunale kriseteam, stressmestring og hvordan ivareta hjelperne (RVTS Øst, 2022).

3 Metode

Metode handler om veien mot et bestemt mål, altså hvordan vi skal gå frem for å få informasjon og hvordan analysere det fenomenet vi ønsker å undersøke (A. Johannessen et al., 2021). Forfatterne skriver videre at «de viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet» (2021, s. 21).

I det følgende blir den metodiske rammen for oppgaven presentert. Først det vitenskapelige ståstedet, så studiens design, og hvordan rekrutteringen foregikk. Videre er datainnsamlingen med transkribering og analyse beskrevet. Metodedelen inneholder også etiske overveielser, samt personvern og godkjenninger.

3.1 Vitenskapelig ståsted

Vitenskap handler om å etablere ny kunnskap ved at vi utvider vår erkjennelse (Thornquist, 2018, s. 17). Et helt sentralt premiss for vitenskapelig virksomhet innebærer at forskningsmetodene må innrettes mot fenomener og problemstillinger som skal undersøkes, og ifølge forfatteren handler vitenskapelighet om hele forskningsprosessen (Thornquist, 2018, s. 17).

Ontologi er læren om det værende, om hvordan noe er, hva som er tingenes sanne natur og hva som virkelig, og med epistemologi menes erkjennelsesteori og handler om hva som er vitenskapelig viten, hva vi kan erkjenne eller vite (Thornquist, 2018, s. 16). Forfatteren fremhever at ulike problemstillinger ikke kommer av seg selv, og det som får oss til å bli opptatt av noen fenomener og se bort fra noen andre, er våre «epistemologiske og ontologiske grunnleggende antakelser» (2018, s. 17).

Ontologiske og epistemologiske spørsmål ligger dermed bak valg av metoder og design (Thornquist, 2018, s. 16).

Med utgangspunkt i min problemstilling og analysemetode bygger studien på en forståelse av det sosialkonstruktivistiske paradigmet. Ifølge Thomassen (2013, s. 180) tar dette utgangspunkt i at kunnskap dannes i en kontekst hvor språket mellom subjektet og verden konstruerer relasjonen. Forfatteren sier videre at vår selvforståelse og virkelighetsforståelse etableres ved denne konstruksjonen (2013, s. 180). Det sosialkonstruktivistiske perspektivet

tar utgangspunkt i at det er vi mennesker som skaper vår verden og de fenomener som omgir oss, og det er ønskelig å undersøke hvilke sosiale prosesser som er grunnlaget for forståelsen av et fenomen (Solvang, 2020, s. 248). Forfatteren skriver videre at i dette perspektivet er vi ikke låst fast i tradisjoner og historie, men kan rekonstruere vår virkelighet (2020, s. 249).

3.2 Forskningsdesign

For å få undersøkt min problemstilling, har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign, med individuelle intervjuer. Kvalitativ forskning handler om å få detaljert og innsiktsfull informasjon om det som studeres, og er særlig egnet når vi ønsker å forstå menneskers tanker og handlinger (A. Johannessen et al., 2021, s. 23).

Studien har en induktiv tilnærming, som betyr at man trekker «slutninger fra det individuelle til det allmenne, fra enkeltobservasjon til generaliserte slutninger» (Thornquist, 2018, s. 57). Studien var eksplorative, det vil si utforskende. Jeg hadde en intervjuguide preget av delvis struktur, og oppmuntret informantene til å komme med nye innfallsvinkler og utdype temaer som kom opp, uten at de sto på agendaen. Dette ble gjort for å få tak i dybden av den enkelte informants beskrivelser. I følge Kvale og Brinkmann (2015, s. 141) er et utforskende intervju som regel åpent og preget av lite struktur.

Jeg har valgt å bruke tematisk analyse i fire steg slik den er beskrevet i L.E.F. Johannessen et al. (2018). Denne analysestrategien ble jeg anbefalt av min veileder. Den støtter seg på psykologene Braun og Clarke's (2006) versjon i seks trinn, men er en forenklet og mer studentvennlig versjon, godt egnet for nybegynnere. I tillegg gir den en enkel, men grundig fremgangsmåte på hvordan finne interessante aspekter i dataene (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 278).

Som nevnt innledningsvis, inngår studien i et samarbeid med et større forskningsprosjekt; *Treatment Pathways* (ledes av Folkehelseinstituttet, SINTEF Helse og Oslo universitetssykehus). En del av denne studien undersøker instanser som er aktuelle overfor etterlatte etter et selvmord, og SINTEF Helse har ansvar for å samle inn kvalitative data gjennom intervju. Denne masterstudiens forskningsdesign, har lagt seg tett opptil den delen av *Treatment Pathways* som omhandler etterlatte ved selvmord sin bruk av velferdstjenester. Dette for at masterstudien skal kunne inngå i *Treatment Pathways*' prosjekt, og at vi gjensidig kan dra nytte av hverandre i de respektive studiene.

Studiens hensikt er å identifisere faktorer som kan bidra til bedre oppfølging av etterlatte ved selvmord, og har samlet inn kvalitative data. I samarbeid med SINTEF Helse ble det utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 2).

3.3 Rekruttering og utvalg

Aktuelle informanter for denne studien, er fagpersoner med helse- og sosialfaglig bakgrunn, som er medlemmer av kommunale psykososiale kriseteam, og som har erfaring med oppfølging av etterlatte ved selvmord.

Rekruttering av informanter foregikk ved å sende forespørsel på e-post til fem kommuner. E-posten ble sendt til kommunenes postmottak, hvor jeg ba om at henvendelsen ble sendt til leder av kommunens kriseteam. Informasjon om studien, og formålet med den, ble beskrevet i e-posten. Ledere i fire av kommunene ga tilbakemelding om at de syntes temaet var viktig og interessant, og tok opp henvendelsen med medlemmene i sine kriseteam. Ledere av kriseteamet i tre kommuner ga positiv respons. Én kommune ønsket ikke å delta på grunn av begrenset erfaring med oppfølging av etterlatte ved selvmord, og én kommune ga ikke svar. Av kommunene som ble forespurt, ble noen valgt ut ifra kjennskap til at de nylig hadde utarbeidet en 'handlingsplan for forebygging av selvmord', og 'ivaretagelse av etterlatte ved selvmord'. Det ble antatt at de dermed hadde erfaringer som var relevante og nyttige inn mot problemstillingen. Andre kommuner ble forespurt etter forslag fra forsker i SINTEF Helse.

Innledningsvis var det tenkt å bruke fokusgruppeintervjuer; samle 3-5 fagpersoner fra samme kriseteam, fra tre ulike kommuner. Ønsket om å ha fokusgrupper var ut ifra å få en bredde av synspunkter og erfaringer, og hvor diskusjonen mellom deltakerne er interessant i seg selv (A. Johannessen et al., 2021). Imidlertid var det vanskelig å rekruttere nok deltagere fra samme kriseteam, og designet ble endret til individuelle intervjuer. Fire av informantene fra to forskjellige kommuner, sa innledningsvis -ja- til gruppeintervju, og disse var også villige til å stille opp på individuelle intervjuer.

Det ble gjennomført fem individuelle intervjuer av fagpersoner med ulik helse- og sosialfaglig bakgrunn, fra tre kommuner. Alle var medlemmer av psykososiale kriseteam.

Utvalget var strategisk, der relevant målgruppe ble tenkt ut på forhånd og så ble personer fra målgruppa valgt ut til å delta (A. Johannessen et al., 2021, s. 58–59).

Inklusjonskriteriene var at deltakeren var medlem i et psykososialt kriseteam i en kommune, og hadde erfaring med oppfølging av etterlatte ved selvmord. Det ble ikke rekruttert spesifikke yrkesgrupper eller spesiell variasjon i dette.

Totalt ble det rekruttert fem informanter med helse- og sosialfaglig bakgrunn, fire kvinner og én mann. Informantene kom fra tre ulike kommuner i sørøst-Norge, to store og en mellomstor. Kommunene var fordelt på tre fylker.

Informantene hadde ulik fagbakgrunn; to psykologer, en sosionom, og to psykiatriske sykepleiere. Én var både leder og medlem i kriseteamet. Alle hadde jobbet flere år i kriseteamet og hadde erfaring i oppfølging av etterlatte ved selvmord. Flere hadde videreutdanning i traumearbeid, forlenget sorgterapi eller krisehåndtering. Én hadde flere av disse videreutdanningene.

Kommunene har ulike vaktordninger. I de to store kommunene hadde de en annen instans enn kriseteamet, som tok imot første henvendelsen. I den mellomstore kommunen hadde kriseteamet akutt-henvendelser etter ordinær arbeidstid, i helger og på røde dager.

3.4 Intervju og datainnsamling

Intervjuene med de fem informantene ble gjort med utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide, utarbeidet av SINTEF Helse, med noen tilpasninger til mitt prosjekt, se vedlegg 2. SINTEF Helse stilte sin intervjuguide til rådighet for denne undersøkelsen, for at intervjuene fra *Treatment Pathways*, og denne studien, skulle kunne ses i sammenheng.

Intervjuguiden hadde en innledende del om tjenesten, for eksempel antall ansatte, vaktordning, kompetanse, organisatorisk tilhørighet og hvordan ansatte blir fulgt opp etter hendelser de har deltatt i. Videre var temaer om hjelperens rolle overfor etterlatte, hvilke verktøy/ressurser de bruker i møtet med den enkelte, om det jobbes systematisk og hvilken kompetanse fagpersonene har tilegnet seg. Den omhandlet også hvordan samhandlingen og koordineringen med andre tjenester opplevdes, om det var flaskehalser i samarbeidet, hva som skjer når saken avsluttes av kriseteamet og kompetanse på hva andre tjenester kan tilby. Til slutt ble det forebyggende aspektet tematisert; hva som hindrer god oppfølging, hva som mangler og hva fungerer, og bevissthet rundt forhøyet selvmordsfare blant etterlatte.

Spørsmålene som ble stilt, var et utgangspunkt for å få tak i informantenes tanker og beskrivelser om temaene. Det ble forsøkt å ikke styre samtalen i stor grad, men å gi

informantene tid og gjerne også mulighet til å gå utover temaene. I løpet av intervjuet ble det forsøkt fulgt opp med å etterspørre om de kunne si noe mer om et tema, samt å oppsummere det som ble sagt for å evt. oppklare misforståelser. Noen av informantene refererte til konkrete eksempler fra sin praksis, og tilbakemeldinger de har fått fra de personene de har fulgt opp.

Andre svarte på et mer generelt og overordnet plan.

Intervjuene varte fra 45 til 60 minutter.

Det første intervjuet som ble gjort, ble foretatt digitalt etter ønske fra informanten. Dette var min debut som intervjuer, og selv om korona-pandemien har gjort oss mer fortrolige med digitale møter, så mister man noe i denne måten å kommunisere på. Dette kan eksempelvis være den innledende småpraten, at det ikke er like lett å få øye på kroppsspråk, tolke stillhet, med mere. Man mister også i noe grad muligheten som intervjuer til å kommunisere ved hjelp av eget kroppsspråk; måten man sitter på, gestikulering og anerkjennende bevegelser.

De øvrige intervjuene ble foretatt på den enkeltes arbeidsplass på deres kontor, eller møterom tilhørende tjenesten. Tidsrammen var gitt på forhånd, og informantene hadde satt av tid og var ikke synlig preget av tidspress. Kaffe og forfriskninger bidro til en avslappet og hyggelig atmosfære. Som intervjuer var det lett å innta samme rolle som benyttes i mitt daglige møte med mennesker; lyttende, anerkjennende og bekreftende. Noen av disse tilnærmingene er fine å ha med, men etter hvert ble jeg mer bevisst å stille oppfølgingsspørsmål, be om utdypning, droppe unødige kommentarer, gi anerkjennende nikk i stedet for ord, med mere.

Flere av de som ble intervjuet ga uttrykk for at spørsmålene var interessante og hadde bidratt til nye ting å tenke over.

3.5 Transkribering

Intervjuene ble transkribert kort tid etter opptak.

Gjennom studiestedet fikk jeg tilgang til et transkriberingsprogram; Amberscript. Det hadde sikker innlogging med FEIDE konto. Selv om programmet gjorde transkriberingen, kunne det oversette feil ved for eksempel dialektbruk, nøling, latter eller hvis informanten snakket fort. Jeg gikk derfor igjennom all teksten som Amberscript utarbeidet, samtidig som jeg hørte på lydfilene. Det var en nyttig måte å bli kjent med datamaterialet på; å gå igjennom det ord for ord, setning for setning. Dette støttes av Braun & Clarke (2006).

Transkriberingsprogrammet Amberscript hadde et bra oppsett hvor det ble skilt mellom intervjuer og informant, med tidsangivelse ved hvert avsnitt. Dermed hadde man god oversikt

over tiden, og man kunne senere gå tilbake og lytte til nøyaktige avsnitt og deler av intervjuene ved behov. Det ble enklere å få oversikt over materialet når det ble strukturert i tekstform, og struktureringen i seg selv var begynnelsen på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206).

De transkriberte tekstene ble eksportert til Word og lagret som tekstfiler på Office 365 på høgskolens sikre server. Hvert intervju fikk ett tall (1, 2, 3, 4 og 5), samt dato for intervjuet. Det ble lagret som for eksempel «Intervju 1 dato» (dag, måned, år). Alt ble anonymisert i transkriberingsprosessen, eksempelvis navn på personer, kommuner, geografiske forhold, stillingstitler.

Jeg hørte også gjennom hvert intervju en gang til, etter at transkriberingen var gått igjennom manuelt, for å sikre at alt var riktig transkribert. Jeg forsøkte å transkribere så ordrett som mulig, og på bokmål. Dette for å sikre anonymiteten til informantene best mulig. Imidlertid beholdt jeg nøling, tenkepauser, latter og ordstilling.

I alt ble det 72 sider transkribert tekst.

3.6 Analyse

Jeg har valgt å bruke tematisk analyse i fire steg slik den er presentert av L.E.F. Johannessen et al. (2018). Deres utgave støtter seg til psykologene Braun og Clarke's (2006) versjon i seks trinn, men er en mer forenklet og studentvennlig versjon (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 282). Tematisk analyse handler om å se etter temaer i datamaterialet, det vil si «gruppering av data med viktige fellestrekk» (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 279).

Steg 1: Forberedelsesfasen.

Dette steget i tematisk analyse handler om forberedelse; det å fremskaffe og få oversikt over data (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 283).

Jeg har fem intervjuer som er grunnlaget for min analyse.

Under transkriberingen ble jeg godt kjent med dataene jeg hadde samlet inn. Jeg hørte på lydfilene flere ganger, samtidig som jeg leste det jeg hadde transkribert, og fikk da muligheten til å sjekke at det informanten sa, var blitt gjengitt korrekt.

Intervjuene ble lest flere ganger, samtidig som jeg markerte interessante avsnitt og linjer. I tillegg ble stikkord, som innledningsvis fremsto aktuelle for problemstillingen, notert i marginen. Jeg markerte også ulike dilemmaer og poenger som kunne være interessante å diskutere i drøftingsdelen.

Steg 2: Kodefasen.

I denne fasen beveger man seg over til kodingen. L. E. F. Johannessen et al. (2018, s. 284), skriver at dette steget handler om å fremheve dataene og sette ord på fremtredende poenger. I arbeidet med å lage koder, opprettet jeg et nytt dokument til hvert intervju. For å bevare oversikten over hvor kodene hadde sitt utspring, lagde jeg et dokument med to kolonner. I kolonnen til venstre, skrev jeg sitat-uttrekk fra intervjuet som var interessante, mens kolonnen til høyre inneholdt koder fra avsnittet. Jeg kodet datanært, og syntes det var nyttig å bruke kodetesten til sosiologen Aksel Tjora (2018, s. 45), slik L. E. F. Johannessen et al. (2018, s. 291) refererer til. Testen skal svare 'nei' på om koden kan lages før kodingen og 'ja' på at man forstår konkret innhold i koden bare ved å lese den. Disse spørsmålene brakte jeg med meg i arbeidet med å skrive koder fra datamaterialet, for å få et meningsfullt ekstrakt av det informantene sa, og som selvstendig sa noe om innholdet i materialet.

Jeg kodet i flere omganger, det vil si jeg leste igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger, for å få med interessante utsagn jeg hadde oversatt i første runde. For å unngå å miste viktige data av syne, tok jeg med alt som potensielt kunne være med å danne temaer videre.

Kodene ble lest flere ganger. Noen av de ble revidert innholdsmessig. Siden jeg hadde sitatene i en kolonne ved siden av kodene, kunne jeg flere ganger gå over og se om kodene dekket innholdet i sitatet, det informanten faktisk sa noe om. Noen av de ble omskrevet med begreper som passet bedre til innholdet. Enkelte koder var lettere å gjøre korte hvor de fremdeles bevarte sitt meningsinnhold, mens andre besto av flere ord for å gi mening.

Sitat:	Koder:
«Så jeg pleier å ha det nokså systematisk med min leder for eksempel, da, få jevnlig, at jeg forteller til min leder hva jeg hører og sånn hva jeg opplever. Så at jeg får sagt det høyt, for det er jo det som er veldig viktig da.»	Jevnlige møter med leder Si høyt det jeg opplever

Tabell nr. 1: Eksempel på koding

Etter å ha lest igjennom datamaterialet og under utarbeidelse av koder, ble noen temaer synlige, og de gikk igjen i de ulike intervjuene. Jeg prøvde allikevel å ha et åpent blikk på materialet, og ikke tenke for mye på temaene under kodingen.

Steg 3: Kategorisering.

Her skal man «sortere data i mer overordnede kategorier» (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 294). Ifølge forfatterne skal man nå få et mer overordnet blikk på materialet, og de kategoriene eller temaene vi finner, er funnene våre. Det finnes ulike forslag til måter å sortere kodene på. Jeg benyttet markeringstusj i flere farger. Det som handlet om det samme, fikk lik farge. Fem foreløpige temaer kom til syne. Dette var temaer jeg syntes svarte på problemstillingen min, selv om de på dette tidspunktet fremsto generelle. L. E. F. Johannessen et al., (2018, s. 296) beskriver at det er forskningsspørsmålene som gir retning til kategoriseringen. Temaene var:

- a) Ivarretagelse av fagpersonen i kriseteamet*
- b) Samhandling og koordinering av tjenestene*
- c) Oppfølgingen som gis av kriseteamet*
- d) Rollen til fagpersonen i kriseteamet*
- e) Utvikling av tjenestetilbudet.*

Jeg opprettet et nytt dokument hvor jeg samlet temaene som handlet om det samme i en tabell. Ett dokument for hvert tema. I kolonnen til venstre sto nummeret på informantene under hverandre, i hver sin rubrikk, og til høyre sto kodene tilhørende informantens intervju, også i hver sin rubrikk. På den måten holdt jeg oversikt over hvilken informant kodene stammet fra, og kunne følge med på hvilke informanter som var representert under de ulike temaene. Denne oversikten hjalp også med å se hvilke temaer som gikk igjen på tvers av materialet. To av de temaene jeg hadde innledningsvis, c) og d), ble slått sammen, fordi dataene fra disse to handlet til dels om det samme. Temaet ble nå hetende ‘Rollen til fagpersonen i kriseteamet’.

Nå startet den kreative prosessen av analysen; hvordan de ulike kodene kunne sorteres i over- og underkategorier. Jeg lagde et tankekart for å få bedre oversikt, og benyttet store flipp-over ark med post-it lapper. Jeg hadde et ark for hvert av de fire temaene jeg nå hadde, skrev kodene på post-it lapper for hånd og satte de opp under sine respektive temaer. Kodene ble igjen organisert i over- og undertemaer. Noen av kodene handlet om det samme, og ble slått sammen, mens andre ikke var relevante for problemstillingen, og ble fjernet. Andre igjen hørte mer hjemme under et annet tema og ble flyttet dit.

Nå hadde jeg fire store flipp-over ark med tilhørende koder, og synes jeg fikk en god oversikt. Oversikten hjalp til med å se at ett av hovedtemaene; ‘Samhandling og koordinering av tjenestene’, passet bedre som undertema under ‘Rollen til fagpersonen i kriseteamet’. Dette

fordi samhandling og koordinering er en oppgave som informantene beskrev som en del av sin rolle.

Etter å ha flyttet på koder, og revidert innholdet i de ulike temaene, satt jeg igjen med tre temaer. Navnet på temaene ble også endret, for å passe bedre til datamaterialet og som bedre svar på problemstillingen.

Steg 4: Rapportering.

Denne fasen i analysen er starten på resultatdelen av oppgaven. Resultatene skal rapporteres, og de skal kunne gi svar på problemstillingen (L. E. F. Johannessen et al., 2018, s. 305).

Følgende temaer utgjør oppgavens resultater og presenteres nærmere i kapittel 4:

1. Fagpersonens oppgaver og rolle
2. Tjenestetilbudets organisering
3. Ivaretagelse av fagpersonen

3.7 Etiske overveielser

De grunnleggende forskningsetiske prinsippene handler om uttrykkelig informert samtykke, sikre konfidensialitet og taushetsplikt best mulig, samt forhindre belastning og skade for de som deltar i undersøkelsen (A. Johannessen et al., 2021, s. 45–46).

Informasjons- og samtykkeskjema ble sendt til informantene i forkant av intervjuet, etter at de hadde takket – ja – til å delta, og samtykke ble gjennomgått og undertegnet før intervjuet startet. Det ble gitt informasjon om at et informert samtykke innebærer at de på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke det tilbake uten å oppgi grunn.

Informantene blir ikke omtalt med noe identifiserende informasjon. Det er få informanter, og vesentlig at de holdes anonyme slik at personer og situasjoner ikke kjennes igjen. Det var viktig at taushetsplikten ble overholdt i intervjusituasjonen og informantene ble minnet om at personer og situasjoner ikke skulle gjøres identifiserbare. I den grad informasjon ble gjort identifiserbart allikevel, ble dette anonymisert i transkriberingsprosessen.

Selv mord er et følsomt tema, og informantene kunne i løpet av intervjuet bli aktivert følelsesmessig av krevende erfaringer fra eget liv, eller fra deltagelse i møte med etterlatte. For å redusere eller begrense skade eller risiko og ulempe, ble det i forkant av intervjuet

informert om muligheten for oppfølging i etterkant, dersom vanskelige følelser ble trigget. En slik oppfølging ble avklart å kunne gjøres med den enkeltes leder.

Studien ble først forskningsetisk vurdert av Lokal etisk komité for forskning på Høgskolen i Innlandet (LEKF) av 10.08.22. LEKF kom med noen forslag til forbedringer, og følgende informasjon ble lagt til og opplyst om i informasjons- og samtykkeskrivet;

- Informantene tilbys å lese igjennom materialet før en eventuell publisering av resultatene i en tidsskrift- eller fagartikkel. Dette for at informantene har mulighet til å komme med innsigelser, for eksempel dersom deres anonymitet ikke er godt nok ivaretatt.

- En mulig ulempe for deltakerne handlet om at temaet selvmord kan utløse eller trigge vanskelige erfaringer fra eget liv eller fra møter med etterlatte. Og for å unngå skade eller ulempe, ble det i skrevet opplyst om at dette tematiseres med den enkelte før intervjuet starter og etter at intervjuet er slutt, for å sjekke ut om eventuelt behov for ivaretagelse i etterkant.

Det ble gjort endringer/forbedringer i informasjons- og samtykkeskrivet i henhold til komitéens anbefalinger, og masterprosjektets oppstart ble støttet av LEKF i brev av 18.09.22 (vedlegg nr. 3).

3.8 Personvern og godkjenninger

Informasjonsbrev og samtykkeskjema angående studien ble sendt ut til informantene pr. epost etter at de hadde takket -ja- til å delta (vedlegg nr. 4). På den måten hadde de mulighet til å sette seg inn i ulike forhold ved studien, som eksempelvis hva prosjektet innebar, frivillig deltakelse, lagring av data, mulighet til å trekke sitt samtykke og ivaretagelse av personvern. I skrevet ble det også informert om at prosjektet er et samarbeid med SINTEF Helse, og hva samarbeidet går ut på. Det ble opplyst om at SINTEF Helse vil få tilgang til anonymiserte, transkriberte filer, men at rådataene vil slettes ved masterstudien slutt.

Videre ble det informert om at den enkelte informant får tilbud om å lese igjennom materialet, dersom dette skal publiseres i en artikkel. I så tilfelle vil nytt samtykke innhentes.

Informasjonen i skrevet ble også gjentatt muntlig i starten av intervjuet.

De underskrevne samtykkeskjemaene ble oppbevart i et låst arkiv under prosjektperioden. All e-post-korrespondanse med informantene ble slettet. De transkriberte filene ble lagret på sikker sone på Høgskolen Innlandets server. Transkriberte utskrifter fra intervjuene ble påført hvert sitt nummer og navnene på informantene ble ikke lagret. I transkriberingen ble alle navn

på personer, geografiske steder og arbeidssted anonymisert. Bokmål ble brukt gjennomgående i transkriberingen for å sikre anonymitet.

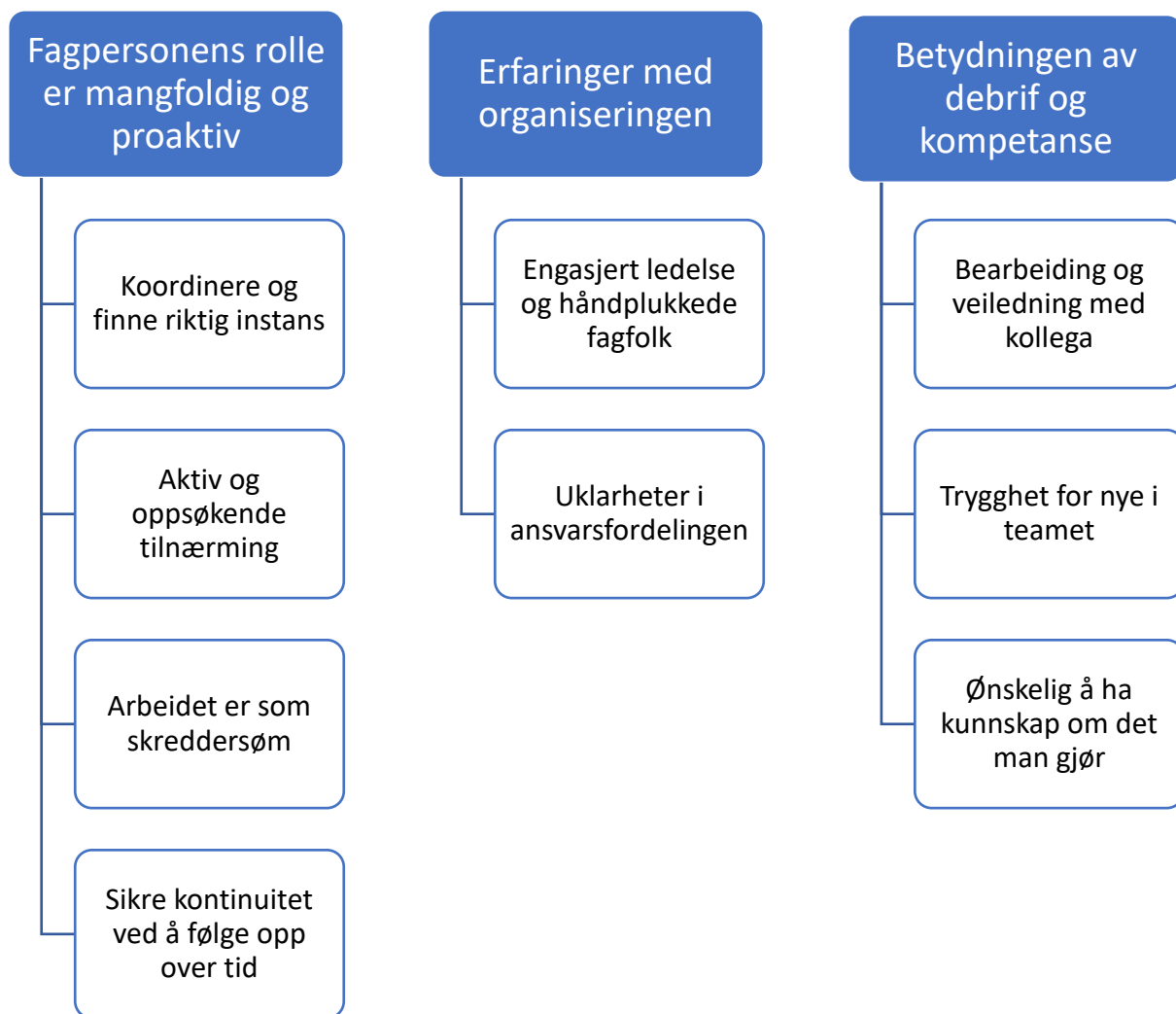
Under resultatpresentasjonen ble de ulike informantene tildelt hvert sitt nummer, fra 1 til 5.

Siden studien er tatt inn under SINTEF Helse sitt prosjekt *Treatment pathways*, ble den inkludert i den allerede foreliggende godkjenningen fra NSD for dette prosjektet (vedlegg nr. 5). SINTEF Helse sendte endringsmelding til NSD, og fikk godkjent at min studie ble omfattet av foreliggende meldeskjema (vedlegg nr. 6). Der presiserte NSD at student kun har tilgang til egne innsamlede data, mens forskergruppen ved SINTEF får tilgang til student sine data. Dette ble det informert om i informasjons- og samtykkeskrivet som er gitt informantene.

Personvernombudene i de kommuner hvor informantene jobbet, ble konsultert og orientert om datainnsamlingen, og ga sine tilslutninger (vedlegg nr. 7, 8 og 9).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene av den tematiske analysen. Tematisk analyse innebærer å identifisere temaer i datamaterialet, som har viktige fellestrekk. Analysen av datamaterialet ga svar på problemstillingen; *Hvordan beskriver fagpersoner i kommunale psykososiale kriseteam sitt arbeid med oppfølgingen av etterlatte ved selvmord?*



Tabell 2: Resultater fra tematisk analyse, med hovedtema og undertema

Det å gå fra analysen til å presentere funnene, gjøres med en respekt for materialet informantene har bidratt med. Selve analysen resulterte i tre hovedtema med undertema (tabell 2). Med en induktiv tilnærming, er det utforskning av informantenes beskrivelser som

skal komme fram. For å vise informantens stemme og sette funnene i sammenheng, er det brukt sitater i resultatpresentasjonen.

De fem informantene er benevnt med tall fra 1 til 5.

4.1 Fagpersonens rolle er mangfoldig og proaktiv

4.1.1 Koordinere og finne riktig instans

Alle informantene beskrev hvordan de på ulike måter utførte ganske omfattende koordinering av oppfølgingen til de etterlatte. Det ble vist til at det ble lagt ned mye arbeid i å koble på andre instanser og finne riktig sted for videre hjelp. Kartlegging av behov ble fremhevet som en sentral oppgave som det var mye bevissthet om, og informantene hadde god oversikt og grundig kjennskap til ulike instanser og hjelpetilbud.

I akutfasen når kriseteamet rykker ut for å ivareta pårørende ved selvmord, er ofte behovet å bli ivaretatt emosjonelt og få bistand til å håndtere akutte reaksjoner. I retningslinjene til kriseteamene, legges det til grunn at etterlatte etter akutfasen, skal overføres til ordinære tjenester så fort som mulig. Allikevel uttrykte en informant at det er fleksibelt hva som ligger i at det skal gå raskt, at det har noe med kapasiteten i de ordinære tjenestene å gjøre. Imidlertid kunne også de ordinære tjenestene stå klar få dager etter akutfasen.

En utfordring en informant løftet knyttet til overføring, er at man som hjelper i kriseteamet har fått en så bra relasjon at det blir vanskelig å overføre til neste instans. Dette ble uttrykt på følgende måte;

Et dilemma er jo særlig der hvor vi har vært inne i saken lenge til å være kriseteam. At vi kan ha havnet i en relasjon med pårørende som er så god og støttende at det er vanskelig å overføre til neste ledd. (3)

Dette ble beskrevet som vanskelig både for den etterlatte og hjelperen, og påpekte at det kan være et argument for å ikke bli værende for lenge i sakene.

Informantene formidlet ulike erfaringer når det gjaldt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. En av deltakerne fremhevet at de etterlatte ved selvmord ofte ikke var 'psykisk syke nok' for spesialisthelsetjenesten, siden dette tilbudet er for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Noen oppga at de henviste og samarbeidet med

spesialisthelsetjenesten, men at en eventuell henvisning dit, først skjedde etter at annen oppfølging var forsøkt først. Det ble beskrevet slik;

.... Men da har vi på en måte, hatt først den akutte oppfølgingen, og så har vi hatt ressurspersoner hos oss som har fulgt opp over tid. Og så vurdert at dette er litt utenfor vårt område, da. (2).

Noen fremhevet at å koble på viktige personer som den etterlatte kjente fra før, var noe de vektla. Særlig når det gjaldt barn, så finnes det alternativer til offentlig hjelp, for eksempel en spesiell voksenperson de kjente fra før, for eksempel ridelærer, en fra skolen eller lignende. Det ble rapportert at der hvor det var en pågående bruker-/klientrelasjon allerede, så var det hensiktsmessig at krisearbeidet også ble tatt inn i den behandlingen. Andre fremhevet organisasjonen for etterlatte; LEVE, og deres tilbud om likeperson-støtte, at man kan få snakke med noen som har opplevd det samme som en selv.

Det ble også formidlet et ønske om å ivareta behovene til folk med annen religiøs bakgrunn på en god måte. De hadde tatt kontakt med en forstander i et religiøst minoritetsmiljø, for å få informasjon om hvilke hensyn de burde ta. Dette ble uttrykt på følgende måte:

Særlig for mennesker som kommer fra andre kulturer, er det veldig fremmed at en utenforstående skal komme inn i vår familie når vi er i sorg. Så når vi lagde retningslinjer for vårt arbeid, så hadde vi forstander i (...) til en samtale for å høre hvilke hensyn vi bør ta.(4)

4.1.2 Aktiv og oppsøkende tilnærming

Alle informantene oppga at de var proaktive overfor etterlatte ved selvmord, og dette ble fremhevet som viktig. I begrepet 'proaktiv' ligger at det er fagpersonene i kriseteamet som tar initiativ til kontakt og aktivt tilbyr oppfølging og støtte. Det innebærer også at det etter noe tid tas ny kontakt med de etterlatte dersom vedkommende innledningsvis ikke ønsket/var i stand til å ta imot hjelp (Helsedirektoratet, 2016, s. 56).

Den oppsøkende tilnærmingen ble beskrevet som at de tok initiativ til å ringe og tilby sin oppfølging. Dette var viktig for å tilkjennegi hjelpen og foreslå å ta kontakt igjen om litt, selv om behovet til den som var etterlatt ikke var til stede akkurat der og da. Informanten viste til at mange ikke klarte å forholde seg til et eventuelt senere behov i den akutte situasjonen hvor man skal ta stilling til mange praktiske ting.

Som begrunnelse for å være proaktive, viste noen til forskningen og litteraturen på feltet, som sier at det oppleves veldig godt for etterlatte at det er hjelperen som tar initiativet og tilbyr støtte og ivaretagelse. Det ble uttrykt en bevissthet om at behovene de etterlatte kan ha, ofte varierer den første tiden. Flere hadde erfaring med at det for etterlatte er vanskelig å selv ta kontakt, og at noen fort takker nei til hjelp. Informanten beskrev det slik;

.... jeg tror det er veldig viktig, fordi det er lett å takke nei. Og så er det veldig lett å dokumentere at de ikke har lyst (på oppfølging), og så får man ikke den hjelpen man trenger.
(5)

Det ble understreket viktigheten av at det er de som fagpersoner som tar kontakten med de etterlatte, og ikke overlater det initiativet til den de følger opp. De spør om de kan få ringe de neste dag, og så kan eventuelt de etterlatte la være å svare hvis det ikke passer. Informanten opplever at telefonkontakt fungerer godt, etter at det er foretatt et par-tre fysiske møter innledningsvis. Informanten reflekterte over at man ikke ønsket å invadere folk med hjelpen, og var opptatt av å respektere folks privatliv.

Informanten opplevde å få gode tilbakemeldinger fra etterlatte når det gjelder å være proaktiv, dette ble uttrykt slik;

Folk er veldig glad for at det er vi som tar initiativet til å ringe. Det har en del sagt noe om faktisk. Det sier jo litteraturen og, at sånn er det lurt å jobbe i kriser. Så det har vi vel fått bekreftet. (3)

Andre informanter hadde også erfaringer med å være proaktiv. De viste til en aktiv og oppsøkende tilnærming som innebar å ikke gi seg før man hadde fått kontakt, ta kontakt senere hvis de etterlatte ikke ønsket kontakt der og da, og å tåle avvisning. Noen tilbød alltid hjemmebesøk og ønsket å gjøre tilpasninger i egen kalender for å legge til rette for det. Det ble også stilt spørsmål ved om hvor lenge den proaktive tiden skal være.

Noen informanter fremhevet at det å være proaktiv kan være selvmordsforebyggende og en god investering, ut ifra kunnskap de har om at etterlatte ved selvmord har forhøyet selvmordsrisiko.

4.1.3 Arbeidet er som skreddersøm

Det gjennomgående som informantene beskriver, er at etterlatte ved selvmord er en uensartet gruppe som har ulike behov. Noen er helt ukjente med hjelpeapparatet fra før, og det kan kjennes fremmed å motta offentlig hjelp. Andre igjen kan ha et vanskelig forhold til helsetjenesten hvis de opplevde at den som tok sitt liv ikke fikk god nok hjelp. Forskjeller knyttet til kulturelle forhold og verdier, er også hensyn som noen informanter rapporterte om. En informant pekte på at det ikke er noen fast mal for arbeidet i kriseteamet, dette ble uttrykt på følgende måte:

Jeg tenker at dette type arbeid er litt sånn skreddersøm, og at man er bevisst det. Det tenker jeg er veldig viktig. Dette er ikke en ensartet gruppe. (1)

En annen informant vektla at ønsker fra pårørende, eventuelt andre spesielle grunner knyttet til hver enkelt sak, gjør at det tilpasses ut ifra etterlattes behov. En deltaker viste til viktigheten av at de etterlatte ikke slippes for tidlig, for da kan behovet ha vokst seg stort etter en stund, og de kommer tilbake i tjenesten igjen etter noen år.

Selv om kriseteam-oppfølgingen som oftest er av begrenset varighet, oppgir noen informanter at det er forskjell i varighet på oppfølgingen, og at den kan tilpasses. I noen saker holder man kontakten til rett over begravelsen, i andre i flere måneder. Begrunnelsen for dette varierer, men faktorer som ble formidlet er: relasjon, passer ikke inn i andre hjelpetilbud, synes det er vanskelig å benytte nettverket sitt, mangel på, eller ventetid på annet relevant tilbud, som for eksempel sorggrupper.

Fire av deltakerne, fortalte at de bisto etterlatte med praktiske oppgaver, selv om det ikke nødvendigvis er en del av rollen i kriseteamet. Dette kunne være hjelp knyttet til for eksempel; økonomi, kontakte banken, begravelsesbyrået eller boligkontoret.

En av informantene beskrev det slik;

Selv om det er en psykososial krise, så må man kunne ta tak i andre ting. For noen ganger så blir det veldig mye praktiske ting. Men jeg tenker jo noen ganger så er det det som trengs for å få tilgang til det andre. (5)

Flere ga uttrykk for at de hadde en viss fleksibilitet og frihet i hvordan de utøvde sin rolle i kriseteamet, og at de hadde støtte både i ledelse og blant kolleger til dette.

4.1.4 Sikre kontinuitet ved å følge opp over tid

Tre av informantene som jobbet innen psykisk helse for voksne i sine ordinære jobber, oppga å kunne ta den videre oppfølgingen inn i sin portefølje der. På den måten sikret de kontinuitet og kunne følge opp etterlatte over tid.

En annen som ikke primært jobbet med voksne i psykisk helse, oppga å likevel ta det videre oppfølgingsarbeidet inn i sin vanlige jobb, selv om andre arbeidsoppgaver var primærjobben. Det ble oppfattet som viktig å være fleksibel og kunne fortsette med oppfølgingen når den som var etterlatt opplevde at hjelpen var god og fungerte. Informanten opplevde ikke det som en overbelastning, da det var såpass få slike saker det gjaldt.

Videre ble det fremhevet at det er viktig at det er kriseteamet som gjør en innsats over tid, særlig i de tilfellene hvor oppfølgingen oppleves god. Dette ble beskrevet på følgende måte;

Og at det ikke blir bare sånn at vi skal være en los videre til andre instanser. Men at vi også kan stå i ting over tid. (1)

Andre informanter beskrev også langtidsoppfølging som en god investering fordi oppfølgingen fungerer godt. Da har informanten valgt å ha lengre oppfølging selv, selv om den egentlig ikke er tiltenkt den rollen man har i et kriseteam. Informanten la spøkefullt til at det gikk an å be om tilgivelse for å ta den rollen allikevel.

At man selv vurderer hvordan man som fagperson jobber i enkeltsaker, kan ifølge en annen informant gi tilfeldig hjelp til brukeren. Det ble beskrevet som like tilfeldig som å spille lotto. Med det mentes at det var kanskje for mye avhengig av fagpersonene i kriseteamet, hvem som er ekstra engasjert og har lyst til å gi krisehjelp. For en annen fagperson kunne vurdere det annerledes, at det ikke var vedkommende sitt ansvar, at man ikke hadde tid eller kompetanse.

I de tilfellene man ikke fikk overført raskt av ulike grunner, så holdt fagpersonene i kriseteamene kontakten med de etterlatte. En av deltakerne var opptatt av at det ikke skulle være noen hull i tjenestetilbudet til den kommende vedkommende jobbet i. Det ble fremholdt at kriseteamet bidro til at det ikke ble noen gliper i tilbudet.

Når det overføres videre til oppfølging i ordinære tjenester, rapporterte flere informanter at overgangen kan være sårbar. Man kan miste oversikten og kontinuiteten. En av informantene derimot, fortalte at de har et system, for at de etterlatte ikke skal glippe i den overgangen. De har alle sine kriseteam-oppgaver på et dokument på et beskyttet område. Det gjør at de kan sjekke behov og status før saken avsluttes i kriseteamet. En annen fremhevet at de ikke hadde noe system for å få tilbakemelding på om saken er avsluttet eller ikke. Det ble uttrykt slik:

La oss si at vi har fått en sak som kriseteam, og så har vi levert den saken videre. Og da får ikke vi noe tilbakemelding om hvor den saken står om et par eller om tre måneder eller om seks måneder. Vi tror at noen jobber i saken, og så er det ingen som gjør det. Så her kan det glippe. (3)

Informanten pekte på at det kunne vært ønskelig med en varsling i systemet slik at det var lettere for medlemmer av kriseteamene å følge med på om den enkelte var ivaretatt.

Flere tematiserte relasjonen til de etterlatte. En deltaker trakk fram at man ofte kan få spesiell kontakt i kriser, noe som noen ganger gjorde at vedkommende tok langtidsoppfølgingen av den etterlatte selv.

Overføring av oppfølgingen ble beskrevet som vanskelig, eller at det rett og slett ikke er ønskelig for den etterlatte. Langtidsoppfølgingen begrunnes også med at den som mottar hjelpen skal få slippe relasjonsbytter. En informant erfarte at å bytte behandler kan være uheldig. Mens en annen trakk fram viktigheten av å fortsette med samtaler når det er god match mellom hjelperen og den etterlatte. Dette kan skje ved at den etterlatte har uttrykt ønske om å fortsette samtalen, da de har fått tillit til hjelperen og opplever god oppfølging. Samtidig fremhevet informanten at man må evaluere egen rolle, fordi det kan være tøffe jobber å stå i med tanke på utbrenthet, og at man som hjelper må passe på seg selv.

4.2 Erfaringer med organiseringen

Dette temaet beskriver informantenes erfaringer med organiseringen av kriseteams-arbeidet, og hvordan rammene påvirker vilkårene for arbeidet.

4.2.1 Engasjert ledelse og håndplukkede fagfolk

Flere av informantene pekte på forhold knyttet til organisering og ledelse som noe de var fornøyde med og som gjorde at de synes kriseteamsarbeidet fungerte godt. Det ble også referert til forhold innad i teamet, som sammensetningen og de ulike personene, som gjør arbeidet velfungerende.

Noen har nylig opplevd en ny organisering av teamet, og understreket viktigheten av at ledelsen på kommunalsjefnivå i kommunen har vært engasjert og opptatt av dette arbeidet. En

informant rapporterte at kommunen de senere år har hatt oppmerksomhet på og prioritert selvmordsforebygging i kommunen. Dette har også inkludert forbedring av tjenestene til etterlatte. Det ble fremhevet som viktig at både politikere og ledere i deres kommuner hadde vært opptatt av dette arbeidet.

En informant sammenlignet dagens kriseteam, som nå har ordentlig vaktordning, med hvordan det var før, hvor kommunen nesten bare hadde et kriseteam på papiret. Man måtte da ringe rundt til de som sto oppført for å få tak i noen. Dette ble beskrevet slik;

Det jeg opplever er at vi er på et sted nå som er mye mye bedre enn det vi har vært noen gang i kommunen, når det gjelder kriseteam og beredskap i hvert fall. (3)

Ledelse ble oppfattet som viktig, og at ledelsen har samme forståelse og tydelige retningslinjer og rutiner for utøvelse i teamene. Informanten uttrykte det på følgende måte;

Så det å ha en god ledelse som forstår seg på krisearbeid, det er helt alfa og omega. (4)

I tillegg til struktur og forankring, ble det nevnt konstruktive forhold innad i teamet. Flere faktorer gjør at kriseteamet representerer en bra ressurs. Det ble trukket fram at det både er høy kompetanse i teamet og at fagfolkene er håndplukket ut i fra personlig egnethet og kunnskapsnivået.

Det ble vektlagt at det er et godt klima i teamet med folk som vil hverandre vel. En annen formidlet også det positive med at fagfolkene er engasjerte, og ønsker å være med i et slikt arbeid. Selv sier informanten;

Jeg meldte meg fordi jeg har lyst til å gjøre det, ikke for noen har bedt meg om å gjøre det. Så det tror jeg er veldig viktig. Og da er det også mye lettere å tenke; ja, ja da får jeg jobbe litt en kveld, da. (5)

Kommunene har ulike vaktordninger, når det gjelder hvem et kriseoppdrag meldes til. To av informantene beskrev at de var veldig fornøyde med sin vaktordning. I en kommune har kriseteams-medlemmene en applikasjon på sin telefon som gjør at man logger seg på og av kriseteam-nummeret på denne. Informanten var veldig fornøyd med en slik teknisk løsning. Tidligere måtte de reise rundt med en fysisk telefon som ble gitt den som hadde vakt.

I en annen kommune går ikke kriseteam-henvendelsene direkte til medlemmene i teamet. Henvendelsene går til en instans i kommunen som avgjør hvorvidt det er et kriseoppdrag eller ikke. Informanten fra denne kommunen uttrykte tilfredshet over en slik ordning, og at andre

avgjør hva som er et kriseoppdrag.

4.2.2 Uklarheter i ansvarsfordelingen

En av informantene trakk fram at det var ønskelig med et bedre system på hvem som har ansvaret for å følge opp de som takker -nei- ved første kontakt. Informanten oppga at det var uklart om det er kriseteamets oppgave, eller om det bør ligge hos neste ledd i oppfølgingen, og ble uttrykt på følgende måte;

Og det er jo alltid en diskusjon da. Hvem skal gjøre det? Skal det gjøres ut i de ordinære tjenestene, eller skal det gjøres av kriseteamet? Jeg tenker kanskje at vi må ha et system på det. (2)

Ansvarsfordeling ble også tematisert av en av de andre som ble intervjuet. Informanten opplevde at det kan glippe på oppfølgingen når man er litt uti forløpet. Særlig når det har gått noe tid, hvis situasjonen for den etterlatte blir krevende etter ett halvt eller ett år, så var vedkommende usikker på om kommunens tjenester var der og fanget opp den etterlatte.

Kriseteamet har et system for å tilby oppfølging på ulike tidspunkt opp til ett år. Imidlertid ble det erfart at det ikke alltid er lett å vite hvem som skal følge opp dette, fordi saken er overført og man tenker at det er noen som jobber i den, og så er det kanskje ikke det.

En annen utfordring som ble formidlet, handlet om ventetid som kan forekomme på oppfølgingstilbud i ordinær tjeneste og i sorggruppetilbudet. I de tilfellene beholdt fagpersonene kontakt og oppfølgingen av de pårørende, selv om det gikk utover den enkeltes arbeidsmengde, slik som forklart av informantene;

Så langt, så går det greit, men det kunne jo fint blitt et problem at listene våre var fulle, at vi ikke hadde hatt muligheten til det. Men på en eller annen måte så jevner det seg ut. (4)

Uklarheter vedrørende overføring fra første akutt-instans til kriseteamet, ble trukket fram av en av informantene. Det var ikke alltid at informasjonen til kriseteamet var like god, og det ble opplevd at man noen ganger gjorde dobbeltarbeid. Dette kunne påvirke starten på oppfølgingen.

4.3 Betydningen av debrif og kompetanse

Arbeid med kriserammede kan være krevende og kan medføre belastninger for den enkelte.

4.3.1 Bearbeiding og veiledning med kollega

Alle informantene rapporterte at det tilstrebes å være to på samme oppdrag. Selv om de ikke alltid får med seg en til på oppdrag, må de rykke ut alene. Det ble også vist til at man kan bli stående ganske alene i oppdrag på sommeren, når mange er på ferie, noe som ble opplevd som sårbart.

Alle formidlet at de to som er ute på oppdrag sammen, følger hverandre opp ved å snakke sammen rett etterpå. En av deltakerne uttrykte også et behov for debrief en tid etterpå, fordi reaksjonene kan komme litt senere.

Informanten forteller at kriseteamet har faste møter også mellom utrykningene og vaktene, hvor de blant annet snakker om ting de har stått i;

Jeg har veldig behov for det, og det at vi er samla som team, siden vi i det daglige jobber på andre steder. (2)

Det kom fram at det er flere måter den enkelte ivaretar seg selv på. Medlemmene i kriseteamet jobber ulike steder, og ser nødvendigvis ikke hverandre i det daglige. Det ble fremhevet som positivt og viktig å snakke med kolleger i den tjenesten de ellers jobber i. Noen benyttet også samtaler med sin leder til å få satt ord på opplevelser og tanker som en del av en bearbeiding, som ble uttrykt på følgende måte;

Så jeg pleier å ha det nokså systematisk med min leder, at jeg forteller hva jeg hører og hva jeg opplever. Så at jeg får sagt det høyt, for det er jo det som er veldig viktig. (1)

De fleste oppga at det er system på kollegastøtte, mens andre etterlyste en mer systematisert og forutsigbar rutine på slik oppfølging av hverandre.

4.3.2 Trygghet for nye i teamet

Det å inkludere en ny kollega i teamet, tematiseres av flere. Viktigheten av god inkludering og opplæring ble fremholdt, samtidig som det er ønskelig med en trygg og erfaren kollega i krisearbeidet.

Ved manglende erfaring ble det trukket frem betydningen av å gå sammen med en erfaren kollega.

En fremhevet viktigheten av at nye i teamet må læres opp, og at det fordrer at erfarne tar med seg uerfarne. Imidlertid rapporterte informanten et dilemma knyttet til dette;

For det jeg tenker er et utrygghetsmoment for meg, det er hvis jeg skal på et kriseoppdrag med en som har lite erfaring, og ikke så mye kompetanse. Da vil jeg heller gå alene. (4)

Informanten oppga videre at det opplevdes godt å være på oppdrag med noen man kjenner og har jobbet mye sammen med. Samtidig erkjennes en sårbarhet knyttet til dette. Informanten henviser til at særlig i et større oppdrag, så gjør det jobben enklere når man forholder seg til folk som er vant til hverandre.

En annen beskrev hvordan det i verste fall kunne arte seg;

De nye går rett inn i teamet med egne vaktuer, på linje som alle andre. Det vil jo si at hvis man i verste fall ikke klarer å få med seg noen ut, så er man alene på oppdraget, og sånn bør det kanskje ikke være. (3)

Det blir henvist til at det har vært diskutert om hvorvidt det burde vært en bakvakt i tillegg til de som har ordinær vakt, men at det vil binde opp teamet for mye. En løsning informanten pekte på, kunne være å doble opp antall medlemmer, men at det ville bli dobbelt så dyrt for kommunen.

4.3.3 Ønskelig å ha kunnskap om det man gjør

Muligheten for faglig påfyll og kompetanseheving uttrykte flere som viktig. Både konferanser som omhandler tema om etterlatte, samt fagdager som arrangeres lokalt ble fremhevet.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, (RVTS), ble nevnt som en relevant ressurs innen digital opplæring i krisearbeid. RVTS ble også referert til som en viktig instans som har bidratt til utvikling av teamet deres slik det er i dag.

En informant påpekte at det var god tilgang på kurs, men at det er opp til den enkelte å melde seg på og prioritere tid til det, og at det da kan bli tilfeldig hvem som får nødvendig opplæring eller veiledning.

Flere av informantene hadde tatt ulike videreutdanninger innenfor krisehåndtering. Det ble uttrykt ønske om at alle som deltar i kriseteam kan få økt kompetanse, og en informant uttrykker det slik;

Nå har ikke alle den kompetansen i vårt kriseteam, og det tenker jeg mer og mer er kjempeviktig at alle som er med i kriseteam får muligheten til kompetanseheving. (4)

Flere av informantene jobber med suicidalitet og selvskading i sin ordinære jobb, og har erfaring og faglig trygghet innenfor dette temaet. En av informantene formidlet forståelse for at de som ikke har denne kompetansen i sin ordinære jobb, kan kjenne seg litt «kasta inn» i krisearbeid.

Faglig utvikling kan også oppnås i veiledningssituasjoner med faste møtepunkter. Fire av informantene oppgir at de har faste regelmessige møter, noen har ukentlige, andre en gang i måneden og en oppgir at møtene er noen ganger i året.

En av informantene rapporterte om regelmessig veiledning, i tillegg til ukentlige møter i teamet. Dette rapporterte informanten slik;

Hver uke, fra 9 til 10 så møtes vi. Noen ganger er det jo ingenting, men da har vi så mye å snakke om allikevel, men så er det ofte oppdrag, og da kan vi veilede hverandre. Det er satt av tid. Og det er kjempeviktig at vi har den tiden. (4)

Informanten er fornøyd med hvordan de har fått til dette, og det at de har det nedtegnet i sine rutiner og retningslinjer for kriseteamet.

En annen tematiserte at krisearbeid kan være overveldende og tøft å stå i, og ikke alltid lett å innrømme hvis man kommer til kort. Det ble påpekt viktigheten av å søke kunnskap og veiledning på følgende måte;

Så det er viktig at man er åpen om og tørre å si høyt, at «vet du hva, det er veldig krevende å sitte i det mørket sammen med en annen». Og det er menneskelig. (1)

I tillegg til at fagpersonen er åpen om vanskelige situasjoner og ber om støtte, viste informantene til at kolleger må være proaktive og pågående overfor hverandre med å gi kollegastøtte.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil de tre hovedtemaene som ble identifisert i analysen, bli drøftet i lys av teori, tidligere forskning og relatert til problemstillingen. Det vil også omhandle på hvilken måte resultatene er relevante for psykisk helse-feltet og forslag til videre forskning. Kapitlet vil avslutningsvis inneholde diskusjon av metoden, samt studiens styrker og begrensninger.

5.1 Fleksibel og innholdsrik oppfølging

Kriseteamet er en førstelinjetjeneste i det psykososiale oppfølgingsarbeidet. Det har stor betydning hva slags kvalitet det er på oppfølgingsarbeidet i denne første fasen for etterlattes videre sorgprosess, og høy kvalitet på arbeidet innledningsvis vil signalisere kvalitet i den videre behandlingen (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 186).

5.1.1 Proaktiv tilnærming og bidra til kontinuitet

Resultatene fra analysen viser til kunnskap og bevissthet om betydningen av proaktiv tilnærming i oppfølgingsarbeidet og langtidsoppfølging vurderes som en god investering. Dette er i tråd med nasjonale føringer som tydeliggjør at kommunen bør ha en proaktiv tilnærming, både i akutt fase og over tid (Helsedirektoratet, 2011, s. 42–43, 2016, s. 56). Videre støttes proaktiv oppfølging av internasjonal forskning, som fremhever denne måten å følge opp de personene som opplever vedvarende symptomer (Michel, 2014, s. 5). Forskning viser at hjelp til å dempe uro i en tidlig fase, gir færre posttraumatiske plager (Helsedirektoratet, 2016, s. 56).

Funnene i studien viser at det blir tatt aktivt kontakt med etterlatte etter en stund igjen dersom de takker nei til hjelp innledningsvis, og at initiativ til kontakt ikke overlates til etterlatte. Dette kan ses i sammenheng med studien til McKinnon og Chonody (2014) som viser til at etterlatte ved selvmord synes det både er vanskelig å be om hjelp og å vite hva de er i behov av i et sorgforløp, fordi de kan være preget av blant annet sjokk, søvnløshet, angst og depresjon.

Imidlertid kommer det fram i materialet at det kan være vanskelig å vite hvor lenge man skal være proaktiv og tilby hjelp dersom det flere ganger blir takket nei til oppfølging. Det vises også til at man ikke ønsker å invadere folk, men respektere deres privatliv. Imidlertid pekes

det på i veilederen *Mestring, samhörighet og håp*, at kriserammede verdsetter å bli kontaktet og at det som regel ikke oppleves påtrengende å bli spurt om man trenger hjelp, selv om man ikke har behov der og da (Helsedirektoratet, 2016, s. 56).

En tendens i studien viser at oppfølgingen fra kriseteamet kan vare lenge, både i form av støttende samtaler, praktisk hjelp og ved å parallelt finne annen egnet hjelp. Samtidig kommer det frem at hos noen blir den videre oppfølging etter den akutte fasen gjort i de ordinære tjenestene og ikke av kriseteamet. Oversikten over hvem som holder i saken over tid og fanger opp behov, kan da bli borte. Dette er noe som etterlatte savner og har påpekt; de ønsker en mer koordinert oppfølging i overgangen fra kriseteamet til de ordinære tjenestene (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 199). Videre legger veilederen *Mestring, samhörighet og håp* til grunn at som en del av den proaktive tilnærmingen, anbefales mennesker som er kriserammert «å få en fast, navngitt kontaktperson i kommunen som kan bidra til kontinuitet og helhetlig oppfølging» (Helsedirektoratet, 2016, s. 14), uten at det nevnes hvem som har dette ansvaret.

Siden det er kriseteamet som i hovedsak ivaretar kriseutsatte i oppstarten av et oppfølgingsløp, kan det være gode argumenter for at det er denne tjenesten som koordinerer og sørger for at etterlattes behov er tatt hånd om. På den annen side kan arbeidsmengden totalt bli for stor for en fagperson, dersom de skal ha et oppfølgingsløp i lang tid, i tillegg til sin ordinære jobb.

Som tidligere beskrevet, kommer det fram i materialet at lengden på oppfølgingen varierer. Variasjonen består av at noen overfører sakene til ordinære tjenester så fort som mulig etter den akutte fasen, mens andre beholder saken i kriseteamet i opptil ett år og noen ganger lenger. Denne variasjonen er tett opp til resultatene i studien til Reime og Dyregrov (2022, s. 55), om kommunale ledes erfaring med psykososial oppfølging ved narkotikarelatert død. I den kom det fram at det var store variasjoner mellom kommunene når det gjaldt lengden på tilbudet som ble gitt kriserammede, hvor oppfølgingen fra kriseteamet kunne variere fra noen dager til ett år (Reime & Dyregrov, 2022, s. 55).

Disse variasjonene kan ifølge Reime og Dyregrov handle om at kommunene har stor frihet til å organisere den psykososiale oppfølgingen, som derfor kan medføre lokale forskjeller og vanskeliggjøre etterlattes tilgang på enhetlig oppfølging (2022, s. 58).

Denne undersøkelsen viser at flere av fagpersonene tar langtidsoppfølgingen inn i sin ordinære jobb. Til tross for at dette kan oppfattes å gi merarbeid for den enkelte, kommer det fram i studien at det var få det gjaldt, så det oppfattes ikke som en merbelastning. Det kom

også fram i undersøkelsen at i enkelte kriseteam har fagpersonen en viss frihet til selv å bestemme lengden på oppfølgingen.

På den ene siden kan det kanskje føre til noe vilkårlig oppfølging for den som er etterlatt, ved at det blir opp til den enkelte hjelper å vurdere omfang på hjelpen ut ifra eget engasjement og kapasitet. Samtidig kan det oppleves verdifullt for fagpersonen å kunne ha fleksibilitet og mulighet til selv å påvirke hvordan de jobber med de som er kriserammet. Imidlertid viser studien til Reime og Dyregrov (2022, s. 58) at for stort lokalt handlingsrom kan begrense innbyggernes tilgang på psykososial hjelp, og føre til ulikheter i tjenesten. Veilederen om psykososiale tiltak overlater til kommunene i stor grad å organisere det psykososiale tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2016, s. 19). Dette ble i studien til Reime og Dyregrov (2022, s. 56) opplevd å gi mange uklarheter, for eksempel når det gjelder hvem som har ansvar for å gi videre oppfølging.

5.1.2 Tilpasse individuelt

Funnene i materialet viser at det legges ned mye innsats i å ha en fleksibel tilnærming og finne riktig instans for den enkelte. Dette blir illustrerende beskrevet som skreddersøm, ut ifra kunnskap om at etterlatte ved selvmord kan ha svært ulike behov. Veilederen *Etter selvmordet* gir en klar instruks om det individuelle perspektivet, når det fremheves at forskjeller i etterlattes reaksjoner *må* medføre ulike tiltak for den enkelte (Helsedirektoratet, 2011, s. 42). Dette påpekes også i Hauge og Dyregrov (2021, s. 187) ved at god hjelp fra hjelpetjenesten nettopp er å gi oppfølging som er tilpasset den enkeltes situasjon. Undersøkelsen viser at dette er noe fagpersonene strekker seg langt for å imøtekomme, ved at de har god kompetanse på fagfeltet og bred oversikt over hva som er aktuelle tilbud for etterlatte. Dette samsvarer med forventninger som fremheves i Hauge og Dyregrov; at hjelpeapparatet må ha variert kompetanse for at etterlatte skal få den beste hjelpen tilpasset sin situasjon (2021, s. 187). I tillegg kan det ses på som en styrke at kriseteamet i de fleste kommuner, er tverrfaglig sammensatt, og at man derfor vil kunne dra nytte av hverandres totale kompetanse for å kunne favne ulike behov.

Balto og Vestli (2021, s. 161–162) anerkjenner at det kan være krevende å gi tilpasset oppfølging, men legger samtidig vekt på at Norge har gode forutsetninger for å gi etterlatte slik hjelp, ved at vi har sterke fag- og forskningsmiljøer hvor det kan hentes god kompetanse til å jobbe godt med etterlatte.

Fra studien kommer det frem at det er noe erfaring med å følge opp etterlatte fra andre kulturer og etterlatte med annen religiøs bakgrunn. Gjennom kontakt med det religiøse miljøet er det tilegnet kunnskap om hvilke behov og hensyn som bør tas, som kan skille seg fra kunnskap som brukes overfor majoritetsbefolkningen. Et slikt initiativ overfor mennesker med en annen bakgrunn enn den norske, kan i lys av artikkelen til Kaspersen et al. (2022b), ses på som relevant og ønskelig. Artikkelen viser til viktigheten av at helsetjenesten er bevisst på at ulike kulturer ser annerledes på selvmord enn majoritetskulturen.

På den ene siden er det grunn til å tro at en mangfoldig og kompetent tilnærming er viktig for den som er i behov av krisehjelp, mens på den andre siden kan forventningene til kriseteamets ressurser og innsats kanskje bli for høye. Dette tematiseres av Hauge og Dyregrov (2021, s. 187) som viser til at det kan være et ressursproblem hos enkelte kommuner å imøtekomme stadig høyere forventninger til hva slags hjelp som skal ytes. Siden kommunene i Norge er ulike når det gjelder størrelse, geografi og økonomiske rammer, er dette forhold som kan påvirke muligheten til å utvikle stabile fagmiljøer og god kompetanse, og kvaliteten på oppfølgingsarbeidet vil derfor kunne variere fra kommune til kommune (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 187).

5.2 Organisering av kriseteamsarbeidet

Funn i denne studien viser at oppfølging av etterlatte ved selvmord er noe som prioriteres og vektlegges i de aktuelle kommunene. Veilederen *Mestring, samhörighet og håp*, viser til at blant annet har erfaringer og lærdom fra terrorhendelsen 22. juli 2011, dannet grunnlag for nasjonale anbefalinger og føringer for kommunene i deres arbeid med kriser, ulykker og katastrofer (Helsedirektoratet, 2016, s. 9).

I datamaterialet fremheves tilfredshet med at kriseteamet har gjennomgått en endring ved sterkere formalisering og forankring på ledelsesnivå i kommunen. Betydningen av god ledelse fremheves også i artikkelen til Gavrel (2020), hvor det understrekes at klare mål for tjenesten må forankres hos kommunens ledelse. Imidlertid viser studien til Reime og Dyregrov (2022, s. 58), at den lokale selvbestemmelsen når det gjelder psykososiale tjenester kan skape ubegrunnede ulikheter i tjenestetilbudet, fordi nasjonale føringer ikke pålegger, men anbefaler kommunene å ha en plan for psykososial oppfølging.

Selv om funn i denne studien viser god forankring og engasjement hos kommunal ledelse i det psykososiale arbeidet, så fremkommer det altså i studien til Reime og Dyregrov (2022, s. 58) at upresise nasjonale føringer for kommunale tjenester kan føre til tilfeldigheter og ulikheter i utformingen av de psykososiale tjenestene. Både i veilederne *Etter selvmordet* og *Mestring, samhörighet og håp* (Helsedirektoratet, 2011, 2016) gis det kun anbefalinger, ikke pålegg, om å utarbeide rutiner og oppfølgingsløp for etterlatte ved selvmord og andre kriserammede, og det legges vekt på lokalt selvstyre. Siden kommuner er ulike med hensyn til størrelse, prioriteringer, økonomiske forhold, også videre, så kan det antas at kvaliteten på det psykososiale oppfølgingsarbeidet kan avhenge av engasjementet til lederne som har ansvar for fagområdet. Dette kan på den ene siden medføre store forskjeller i oppfølgingsarbeidet i landet vårt, og på den annen side gir det kommunene mulighet til selv å prioritere ressursene ut ifra de behovene de har lokalt.

Resultatene i studien viser til gode rutiner for arbeidet med oppfølgingen til etterlatte ved selvmord, noe som blant annet kan ha med kommunestørrelse å gjøre, siden datagrunnlaget i denne studien er hentet fra større kommuner. Hauge og Dyregrov (2021, s. 198) beskriver at hjelpeapparatet i en gjennomsnittskommune vil møte etterlatte ved selvmord forholdsvis sjelden, men at det da er desto viktigere at det foreligger rutiner og planer for slik ivaretagelse. Forfatterne viser samtidig til at godt oppfølgingsarbeid ikke alltid må ha sammenheng med tilgang på gode rutiner og erfarne fagfolk (2021, s. 187).

5.3 Ivaretagelse av fagpersonen gjennom veiledning og kompetanse

Funn i studien viser at det som regel er to fagpersoner på samme oppdrag, noe som anbefales i veilederen *Mestring, samhörighet og håp* (Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Imidlertid kommer det frem at man i enkelte situasjoner kan risikere å måtte dra ut alene på oppdrag. Det kunne være hvis man ikke klarte å få med seg noen, eller hvis hendelser skjedde i sommerferien, når mange er på ferie. Dessuten vises til at et nytt medlem med lite erfaring i verste fall må dra på oppdrag alene. Ringereide og Johansen (2017), fremhever viktigheten av gode rutiner og tid til å jobbe sammen, noe som kan bidra til at man som kriseteamsmedlem føler seg anerkjent og verdsatt.

På den ene siden kan det antas å være ressurskrevende for kommunen både økonomisk og personalmessig å ha tilstrekkelig med fagpersonell tilgjengelig, særlig i ferier. Imidlertid finnes det løsninger, og Hauge og Dyregrov hevder at det er avgjørende at kommuner

etablerer samarbeid med nabokommuner når ressursene man har til rådighet for eksempel i ferier og ved høytider, ikke strekker til (2021, s. 203–204).

Det vises litt sprikende funn når det gjelder å inkludere nye medlemmer i teamet. På den ene siden understrekes viktigheten av inkludering og opplæring av nye medlemmer, og på den andre siden oppleves det tryggere å gå sammen med en erfaren kollega man kjenner. Samtidig trekkes fram en sårbarhet knyttet til å forholde seg til kun de man er trygg på, ved at man kan bli begrenset i sin kriseteamsutøvelse. I veilederen *Mestring, samhörighet og håp* er det likevel helt klare føringer på at man må sørge for at særlig kriseteamsmedlemmer med mindre erfaring får støtte fra de mer erfarne medlemmene (Helsedirektoratet, 2016, s. 40).

I undersøkelsen kommer det fram at det er viktig å evaluere sin egen rolle, fordi det kan være krevende saker å jobbe med. Dette anerkjennes i veilederen *Mestring, samhörighet og håp*, og det kan være behov for at hjelperen blir ivaretatt både under og etter den psykososiale oppfølgingen som blir gitt (Helsedirektoratet, 2016, s. 40–41). I veilederen foreslås at det etableres rutiner for å gi en avlastningssamtale, ved at de som er på oppdrag sammen går igjennom hendelsen og får evaluert sin innsats (Helsedirektoratet, 2016, s. 41).

Thuen og Dyregrov (2016, s. 236) tematiserer imidlertid fagpersonens ansvar for selvvaretakelse, ved å vise til at ansatte i helse- og sosialtjenesten, generelt sett, står i fare for å strekke seg for langt, fordi de har et sterkt ønske om å hjelpe andre som har det vanskelig, og forfatterne viser til at hjelperne må sette grenser og ivareta seg selv. På den andre siden viser Haavik og Toven (2020, s. 12) til at ivaretakelse av hjelpere ikke bør gjøres til et individuelt ansvar, men bør gjøres på systemnivå.

Ledelsesansvaret for ivaretakelse fremheves både i veilederen *Mestring, samhörighet og håp* og hos Ringereide og Johansen (Helsedirektoratet, 2016, s. 40; 2017). I tillegg vektlegger Thuen og Dyregrov (2016, s. 235) det ledelsesansvaret det er, å sørge for at helse- og sosialarbeidere på beste vis klarer å ta vare på de som er i behov av hjelp, noe forfatterne mener gjøres gjennom å sørge for veiledningsordninger, gode prosedyrer og tilstrekkelig kompetanseheving.

I studien kommer det tydelig frem at fagpersonene innehar god kompetanse til å ivareta etterlatte. Det er som følge av lang erfaring med å jobbe i kriseteam og videreutdanning den enkelte har tatt. Det ses på som viktig å ha kunnskap om krisearbeid, samtidig som det pekes på å gi trygghet at kolleger i teamet har kompetanse.

Veilederen *Etter selvmordet* fremhever at tiltak som gjøres overfor etterlatte til enhver tid må

bygge på spesifikke kompetansekrav om selvmord, kriser og sorg, både fra den tjenesten som gis og fra fagpersonene (Helsedirektoratet, 2011, s. 33). Samtidig løftes det å yte forsvarlige tjenester frem som et personlig ansvar, men også som et ledelsesansvar i veilederen *Mestring, samhörighet og håp* (Helsedirektoratet, 2016, s. 25). Det er dermed tydelige føringer på viktigheten av god kompetanse ved ivaretagelse av kriserammede, noe som også fremheves av Hermstad og Johansen (2017b). Forfatterne fremhever viktigheten av en bred fagkompetanse totalt i kriseteamet, og at kompetansen bør gå ut over den generelle grunnutdanningen innen helse- og sosialfag, særlig fordi man som medlem i et kriseteam bør kunne vurdere en eventuell viderehenvisning etter akuttfasen (Hermstad & Johansen, 2017b).

I studien vises en variasjon på hva som gis av kompetanseheving til kriseteamsmedlemmene; alt i fra videreutdanning til eget ansvar for å finne relevante kurs. På den ene siden har noen rutiner og system på kompetanseheving, mens for andre er det opp til den enkelte å finne tid og aktuell kvalifisering. Som en viktig motivasjon for å jobbe i kriseteam, viser Hermstad og Johansen (2017a) til muligheten for å få ny kunnskap gjennom deltakelse på fagutviklingstiltak som oppleves som viktige.

Det kan se ut til å være en forskjell mellom kriseteamene i studien på hvorvidt kunnskaps- og kompetanseheving er systematisert og forankret i ledelsen, og at det kan føre til at det i for stor grad blir opp til det enkelte medlem å prioritere slik kvalifisering.

Hauge og Dyregrov (2021, s. 205) fremhever imidlertid at deres erfaring fra samtaler med kriseteamsmedlemmer, er at medlemmenes kunnskap blir stadig bedre. Allikevel finnes det tilbakemeldinger fra etterlatte om at for mange kommuner mangler fagpersoner med tilstrekkelig kompetanse innenfor selvmord, krise og sorg (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 206).

Et annet funn i studien er at faste regelmessige møter i teamet har en viktig debrief-funksjon. Hauge og Dyregrov (2021, s. 203) anerkjenner det krevende med å arbeide med kriser over tid, og understreker at de møtepunkter teamet har gjennom året er avgjørende for å kunne øve på situasjoner og gå igjennom praktiske forhold. Møter i teamet kan også ha en viktig veiledningsfunksjon og Hermstad og Johansen (2017a) viser til at gjennom veiledning og refleksjon om det å tåle sterke følelser hos kriserammede, kan det utvikles til å bli en kompetanse for fagpersonen.

Funn i materialet viser en forskjell i hvorvidt veiledning og kompetanseheving er satt i system, eller om det er opp til hver enkelt om de får gå igjennom hendelser de har vært i. Det blir vist til ukentlige møter og jevnlig ekstern veiledning for noen team, mens andre ønsker

oppfølging og debrifing som er satt i system. Medlemmer i kriseteamene jobber til daglig på ulike steder, og ses ikke nødvendigvis i løpet av arbeidsdagen. Det kom fram at noen henvendte seg til sine øvrige kolleger eller sin leder, ved behov for debrif. Selv om en slik løsning fungerer for noen, kan det for andre bli for tilfeldig, da man er avhengig av at kollegene har tid og at man har en relasjon til sine kolleger hvor det er naturlig med slike støttende og ivaretakende samtaler.

5.4 Oppgavens bidrag

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan fagpersoner i psykososiale kriseteam arbeider i sin oppfølging med etterlatte ved selvmord, og på hvilken måte kriseteamene kan bidra til kontinuitet og god oppfølging. Kriseteamene anses å kunne ha en særskilt rolle overfor de etterlatte, siden det ofte tilbys oppfølging av kriseteamet etter et selvmord.

Datamaterialet har gitt et bredt og variert svar på problemstillingen: *Hvordan beskriver fagpersoner i kommunale psykososiale kriseteam sitt arbeid med oppfølgingen av etterlatte ved selvmord?* Informantene har delt av sin kunnskap, og studien har bidratt med beskrivelser fra praksisfeltet om hvordan det arbeides med oppfølging av etterlatte. Mye av utøvelsen er i tråd med anbefalte retningslinjer, men viser også til hvor det er mangler og sårbarheter i oppfølgingen. Studien viser at kriseteamene er en relevant instans i oppfølgingen av etterlatte, at de kan bidra over tid og har betydningsfull kompetanse for å ivareta etterlatte på en støttende måte.

Siden studien er et samarbeid med prosjektet *Treatment Pathways* (Folkehelseinstituttet, 2019; SINTEF, 2019), og det er inngått avtale (vedlegg 1) om at data fra min studie er tilgjengelig for SINTEF Helse, kan studien benyttes i en større sammenheng. Min studie kan dermed bidra med data fra kriseteam-perspektiv på hvordan denne tjenesten kan medvirke til at etterlatte får langvarig og systematisert oppfølging. Nasjonale myndigheter ønsker ny og helhetlig kunnskap om betydning av helsetjenester i oppfølgingen av etterlatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b, s. 49), og Folkehelseinstituttet i samarbeid med SINTEF Helse, skal bidra med denne kunnskapen. Totalt kan de ulike studiene medvirke til utvikling av tilbudet til etterlatte.

5.5 Implikasjoner for psykisk helsearbeid og videre forskning

Denne studien kan plasseres innenfor kunnskapsbasert praksis som tar utgangspunkt i disse tre kunnskapskilder; kunnskap fra forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2021). Studien henter kunnskap innenfor det erfaringsbaserte, hvor det er fagpersoners beskrivelser og erfaringer som er sentrale.

Studiens hensikt er å få kunnskap om fagpersonenes beskrivelser av sin oppfølging med etterlatte ved selvmord, i en kriseteam-kontekst, som kan brukes i forbedringsarbeidet med oppfølgingen til etterlatte. Informantenes refleksjoner om temaet, erfaringer med hva som fungerer godt og hvor det er utfordringer i oppfølgingen, kan være av betydning og interesse for andre som jobber innenfor samme fagfelt.

Psykisk helsearbeidere og andre profesjoner som jobber innen psykisk helse, har relevant erfaring og kompetanse til å jobbe med etterlatte ved selvmord. Ved å dele av sin kunnskap kan de medvirke til å utvikle oppfølgingsarbeidet overfor etterlatte.

Studien kan bidra med kunnskap og perspektiver om hva som er utfordringer og hva som fungerer i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord, og ved det bidra til å gi faglig og personlig trygghet til fagpersoner i kriseteamene.

Studien anses som relevant for psykisk helsearbeid. Dette fordi utgangspunktet for bistanden som gis etterlatte ved selvmord handler om at de skal få hjelp og støtte i en krise, slik at de gjenvinner fungering, mestrer hverdagen og deltar i samfunnet. Dette regnes som sentrale elementer i psykisk helsearbeid.

Videre kan dataene fra denne studien benyttes i en større sammenheng gjennom forskningsprosjektet *Treatment Pathways*, siden kunnskap fra prosjektet er planlagt brukt i nasjonale myndigheters arbeid med veiledere og nasjonale føringer som gjelder etterlatte ved selvmord.

Det kunne vært interessant å forske videre på hva som gjør at noen kommuner lykkes med å få systematisert sitt arbeid med gode retningslinjer og rutiner. På hvilken måte engasjement i kommuneledelse og hos kommunepolitikere er medvirkende til at selvmordsforebygging og oppfølging av etterlatte settes på dagsorden.

Det ville også vært interessant og gjort samme undersøkelse i mindre kommuner og i andre deler av landet. Noen kommuner har kanskje interkommunale samarbeid knyttet til

psykososial oppfølging, og erfaringer med en slik organisering kunne gitt data med overføringsverdi.

Kunnskap om hva etterlatte fra minoriteter, ulike kulturer og religiøse miljøer er i behov av dersom de opplever selvmord i nær familie, ville også kunne frembringe viktige bidrag til helsetjenesten.

5.6 Metodediskusjon

Ulike valg blir tatt i en studie, og disse kan være gjenstand for diskusjon. I denne studien var det innledningsvis ønskelig å samle informanter til fokusgruppeintervju fra 3-5 kommunale kriseteam. Dette for å få fram tverrfaglige diskusjoner og refleksjoner, og eventuelt flere temaer mellom fagpersonene i kriseteamet enn man ville fått ved individuelle intervju. Imidlertid måtte jeg velge bort denne intervjuformen, da det var vanskelig å rekruttere nok informanter fra hvert kriseteam. I stedet ble individuelle intervjuer valgt. Det gjorde at noen perspektiver og meningsutvekslinger ble borte, men ga en mulighet til en-til-en samtaler hvor den enkelte kunne gå i dybden på temaet og kanskje snakke friere enn om det var andre deltakere i intervjuet.

Selv mord er et tema som kan aktivere krevende erfaringer hos informantene, enten fra eget privatliv eller gjennom arbeidet i kriseteamet. Ved å dele erfaringer fra et slikt arbeid, kan krevende følelser komme uventet, selv om man er forberedt på temaet. For å motvirke de ulempene som dette kunne medføre, ble det informert om ivaretagelse av den enkeltes leder dersom reaksjoner og vanskelige følelser oppsto. Informasjonen ble gitt i forkant av intervjuet, og muntlig rett før intervjuene startet. Allikevel kan man ikke være forberedt på alt og sikre seg helt mot uventede reaksjoner. Assosiasjoner og ubehag kan oppstå i intervjusituasjonen der og da, og dersom det hadde skjedd, kunne det ha gjort at intervjuet måtte avbrytes, eller at dataene hadde blitt preget av reaksjonen til informantene.

En svakhet ved studien er at jeg har begrenset erfaring som forsker og at min forforståelse har påvirket alle deler av forskningsprosessen. Som intervjuer, har jeg samme yrkesbakgrunn som noen av deltakerne, og jeg har samme erfaring med å være medlem av et kriseteam. Egne opplevelser og erfaringer fra kriseteamsarbeid har preget hvordan jeg møtte informantene og tolket de dataene som kom til syne. Det gjorde at jeg på den ene siden, kunne relatere meg til, og forstå informantens refleksjoner, noe som kunne bidra til at det ble opplevd trygt å dele

erfaringer. På den annen side kunne det føre til at jeg ble mindre nysgjerrig på synspunkter som ble delt, fordi jeg underforstått kjente igjen det som ble formidlet.

Ingen av deltakerne er kjent for meg fra før, og kommunene de jobber i inngår heller ikke i noe faglig samarbeid med den kommunen hvor jeg er ansatt. Dette var viktig for at informantene kunne snakke mest mulig uten forbehold, og at dataene som ble samlet inn ikke skulle bli preget av utenforliggende forhold som informantene direkte eller indirekte måtte ta hensyn til.

Studiens datamateriale er begrenset til fem informanter fra tre ulike kriseteam, i tre fylker i geografisk nærhet. Det kunne gitt andre innfallsvinkler og diskusjoner dersom kriseteam fra en liten kommune hadde deltatt, eller om den geografiske spredningen hadde vært større. Et større antall deltakere hadde også kunnet gitt et større tilfang av perspektiver.

Det må også tas høyde for at de deltakerne som sa 'ja' til å være med på studien, ikke nødvendigvis er representative. De kan ha et spesielt engasjement for krisearbeid, ha mye erfaring med psykososial oppfølging, være særlig engasjert i arbeid med selvmord og etterlatte, eller være generelt samfunnsengasjert og ønsker å dele av sin kunnskap og erfaring.

Semistrukturert intervjuguide ble brukt for ikke å styre samtalen i for stor grad, og at informantene kunne snakke fritt og vektlegge forhold de syntes var relevante. En innvending er at det kan komme en del informasjon man ikke får benyttet senere, og at det blir vanskelig å finne mønstre på tvers i det totale materialet. På den andre siden kunne en mer strukturert intervjuform ført til mindre rike beskrivelser og mer tilpasset respons ut ifra hva informantene tenkte ble forventet av svar.

Siden min studie er et samarbeid med SINTEF Helse, benyttet jeg deres allerede utarbeidede semistrukturerte intervjuguide, tilført noen egne spørsmål. Intervjuguiden sto jeg selvfølgelig helt fritt til å benytte, og en fordel var at denne er utarbeidet av anerkjente forskere på fagfeltet, og brukes i SINTEF's pågående forskningsprosjekt hvor de har kvalitative intervjuer med ulike tjenester som er aktuelle overfor etterlatte ved selvmord. Dette gjør at mitt datamateriale kan benyttes i et større prosjekt. På den andre siden var da noen føringer på temaer og perspektiver lagt, som ga retning til hva som ble undersøkt nærmere i mitt prosjekt. Alt i alt ble det opplevd som interessant og aktuelt ut ifra egen erfaring, å vinkle min studie inn mot de områdene som belyses i studien. Jeg har hatt stor nytte av samarbeidet med forskerne på SINTEF Helse, ved at de har vært engasjert i min studie, inkludert meg i sitt

prosjekt, gitt meg tilgang til relevante dokumenter og delt forskningsartikler og annen relevant litteratur med meg. Det har vært med på å kvalitetssikre min studie.

5.7 Studiens pålitelighet, troverdighet og overførbarhet

5.7.1 Pålitelighet

Forskeren kan styrke studiens pålitelighet ved å gi en beskrivelse av hvilken kontekst som ligger til grunn for datainnsamlingen, samt en detaljert og åpen fremstilling av forskningsprosessen (A. Johannessen et al., 2021, s. 256). For å styrke denne studien har jeg forsøkt å grundig beskrive konteksten for datainnsamlingen, gjort rede for egen forforståelse og erfaringsbakgrunn, og hvordan dette har preget arbeidet med datainnsamling, analyse og drøfting.

5.7.2 Troverdighet

Troverdighet i resultatene i kvalitative studier kan økes dersom forskeren gjør seg godt kjent med feltet ved å kjenne til konteksten det forskes i, samt at forskeren tar utgangspunkt i å hente data fra flere settinger (A. Johannessen et al., 2021, s. 256–257). Forfatterne henviser også til at troverdigheten kan styrkes dersom informantene kan bekrefte resultatene eller at andre forskere analyserer materialet for å se om de kommer fram til samme fortolkning (2021, s. 257).

Jeg har forsøkt å beskrive egen erfaring fra arbeid i kriseteam, og at konteksten er kjent gjennom dette arbeidet over flere år. Jeg har også egen erfaring med å følge opp etterlatte ved selvmord. Det er hentet data fra ulike kriseteam, med noe geografisk spredning. Det er også ulik størrelse på kommunene som kriseteamene representerer. Jeg har ikke presentert resultatene fra studien for informantene, men under intervjuene ble det gjort oppsummeringer underveis for å etterspørre riktig forståelse av det som ble formidlet. Jeg har transkribert og analysert teksten selv, men har diskutert analyse og funn med veileder underveis. En annen forsker ville mest sannsynlig vektlagt andre funn og gjort andre analyser.

5.7.3 Overførbarhet

For å styrke overførbarheten til en kvalitativ studie, som ofte har få informanter, kan fyldige beskrivelser av detaljer ved den sosiale virkeligheten man studerer, gjøre det mulig for andre å bedømme om studiens resultater lar seg overføre til andre sammenhenger (A. Johannessen et al., 2021, s. 258). Jeg har forsøkt å beskrive utvalget i studien, hvilke inklusjonskriterier som gjaldt for deltakelse og hvilken kontekst de hentet sine beskrivelser og erfaringer fra. Videre har jeg brukt en intervjuguide som andre også kan bruke til å gjøre liknende undersøkelser under tilsvarende forhold.

6 Konklusjon

Denne studien viser at psykososiale kriseteam har en relevant og sentral rolle overfor etterlatte ved selvmord, da fagpersoner i denne tjenesten er de som tar hånd om oppfølging og ivaretagelse de første kritiske dagene.

Fagpersonene gir uttrykk for en fleksibilitet og mangfoldig tilnærming for å ivareta behov både i den akutte fasen, men også over tid. Selv om det henvises til at rollen i kriseteamet ikke er av langvarig karakter, blir det funnet måter å imøtekomme behov for et lengre oppfølgingsløp.

Uklarheter kan oppstå når det gjelder hvem som skal holde kontakten med etterlatte i deres oppfølgingsløp utover den akutte fasen. Erfaring viser at kriseteamets retningslinjer for psykososial oppfølging skal vare i opptil et år, med ulike kontaktpunkter i løpet av året. Siden oppfølgingen i mange tilfeller overføres til ordinære tjenester etter akutt fase, kan det oppstå uklarheter om hvem som skal ha den koordinerende rollen i det videre forløpet.

Betydningen av å aktivt henvende seg til de kriserammede, holde kontakten og ta kontakt etter noe tid, fremheves av fagpersonene. Dette betegnes som proaktiv hjelp, og særlig overfor de som i tidlig fase ikke ønsker hjelp, er erfaringen at denne tilnærmingen er noe etterlatte verdsetter.

I studien påpekes at for å ha et godt fungerende kriseteam med god struktur og klare rammer, er det viktig at ledelsen i kommunen setter det psykososiale krisearbeidet på dagsorden. Gode rammer for utøvelse gir trygghet og anerkjennelse i arbeidet.

Studien viser også at det er ulike rutiner for veiledning både etter oppdrag og på regelmessig basis. Det er en variasjon i hvorvidt kompetanseheving og kvalifisering er satt i system, noe som til en viss grad fører til tilfeldigheter for hva slags kvalifisering fagpersonen har tilgang til.

Selv om materialet i denne studien viser til en oppfølging av etterlatte som i stor grad er i tråd med anbefalingene, så er det antagelig store forskjeller i hvordan praksis fungerer i de ulike kommunene i landet vårt.

Det blir spennende å følge det videre arbeidet som skal gjøres nasjonalt på dette området, og om det kommer sterkere nasjonale føringer på systematisert oppfølging for etterlatte ved selvmord.

7 Litteraturliste

Andersen, A. J. W. (2023). Psykisk helsearbeid. I *Store medisinske leksikon*.

http://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid

Balto, J. A. H., & Vestli, C. B. (2021). Selvmordsforebygging og støttarbeid—I og utenfor Norge. I K.

Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord* (1. utg., s. 160–170).

Cappelen Damm akademisk.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in*

Psychology, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Folkehelseinstituttet. (2019, september 6). *Treatment pathways for suicide victims and suicide*

bereaved. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/>

Gavrel, G. L. (2020). Hvordan kan kommuner ivareta etterlatte ved selvmord? *Sykepleien*, 82325, e-

82325. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82325>

Hauge, N.-P., & Dyregrov, K. (2021). Er vi tilfredse med hjelpeapparatet si støtte til

sjølv mordsetterlatte i dag? I K. Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord* (1. utg., s. 186–209). Cappelen Damm akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord*

2020-2025. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvmord_vedlegg.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, september 10). *Årsrapport 2021-2022 for Handlingsplan for forebygging av selvmord* [Rapport]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/arsrapport-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025-ingen-a-miste/id2927119/>

Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2020b, september 10). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025* [Plan]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>

Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2021, september 10). *Årsrapport 2020-21 for Handlingsplan for forebygging av selvmord* [Rapport]. Regjeringen.no; regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/arsrapport-for-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025-ingen-a-miste/id2870929/>

Helsedirektoratet. (2011). *IS-1898 Etter selvmordet. Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved*

selvmord. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selv-mord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf)

selvmord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/_/attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf

Helsedirektoratet. (2014). *IS-2076 Sammen om mestring*. Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)

[voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)

[c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)

Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samholdighet og håp*. 94.

Hermstad, K., & Johansen, V. A. (2017a). *Kompetanseutvikling*. Ressurscenter om vold, traumatisk

stress og selvmordsforebygging Vest. [https://www.rvtsvest.no/wp-](https://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2017/03/Kompetanseutvikling.pdf)

[content/uploads/2017/03/Kompetanseutvikling.pdf](https://www.rvtsvest.no/wp-content/uploads/2017/03/Kompetanseutvikling.pdf)

- Hermstad, K., & Johansen, V. A. (2017b). *Kriseteamets fagkompetanse*. Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Vest. <https://rvtsvest.no/wp-content/uploads/2017/03/Kompetanseutvikling.pdf>
- Haavik, M., & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2022a). Use of Health Services and Support Resources by Immediate Family Members Bereaved by Suicide: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), Artikkel 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610016>
- Kaspersen, S. L., Kalseth, J., Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2022b). Etterlattes møte med hjelpeapparatet etter selvmord. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11). <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/11/etterlattes-mote-med-hjelpeapparatet-etter-selvord>
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2021, september 17). *Kunnskapsbasertpraksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lindsten, C., & Torjussen, M. (2017). Også hjelpere trenger hjelp. *Sykepleien*, 1, 70–73. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59819>
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*—Lovdata. (1967, februar 10). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=Forvaltningsloven>

Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)—Lovdata. (1999, juli 2).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)—Lovdata.

(2011, juni 24). lovdata.no. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata. (1999, juli 2).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave).

Universitetsforlaget.

McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved

Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231–248.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>

Michel, P.-O. (2014). *Moderne krisestøtte: Oppsummering basert på internasjonal litteratur*. NKVTS.

<https://www.nkvts.no/rapport/moderne-krisestotte-oppsummering-basert-pa-internasjonal-litteratur/>

Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale*

sammenligninger. Nasjonalt folkehelseinstitutt. [https://fhi.brage.unit.no/fhi-](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2723052/Nes-20112-Psykisk+helse+i+Norge..pdf?sequence=2)

[xmlui/bitstream/handle/11250/2723052/Nes-20112-](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2723052/Nes-20112-Psykisk+helse+i+Norge..pdf?sequence=2)

[Psykisk+helse+i+Norge..pdf?sequence=2](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2723052/Nes-20112-Psykisk+helse+i+Norge..pdf?sequence=2)

Norgeshelse. (u.å.). Hentet 7. april 2023, fra

https://www.norgeshelse.no/norgeshelse/index.jsp?headers=AAR&AARslice=2018_2018&stubs=GEO&stubs=KJONN&AARSAK=SELMORD&measure=common&virtuallslice=Adjusted_value&GEOslice=0&ALDERSlice=0_74&layers=ALDER&layers=virtual&layers=AARSAK&GEOsubset=0%2C03+-+54&study=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2FStudy%2Fnokkeltall-LHF2020&AARSAKslice=SELMORD&ALDERsubset=0_74&mode=cube&KJONNsubset=1+-

+2&virtualsubset=Adjusted_value&v=2&KJONNslice=1&AARsubset=2014_2014+-
+2018_2018&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F10.1.5.31%3A80%2Fobj%2Fcube%2Fn
okkeltall-LHF2020_C1&AARSAKsubset=SELMORD&top=yes

Pedersen, A., Olsen, R., & Eidner, O. J. (2021). LEVE i front for nullvisjon for selvmord. I K. Dyregrov & V. Songe-Møller (Red.), *Nye perspektiver på selvmord* (1. utg., s. 211–227). Cappelen Damm akademisk.

Pitman, A., Khrisna Putri, A., Kennedy, N., De Souza, T., King, M., & Osborn, D. (2016). Priorities for the development and evaluation of support after suicide bereavement in the UK: Results of a discussion group. *Bereavement Care, 35*(3), 109–116.

<https://doi.org/10.1080/02682621.2016.1254457>

Reime, M. A., & Dyregrov, K. (2022, juni 23). *Psykososial oppfølging ved narkotikarelatert død.*

Nasjonal styring og lokalt handlingsrom. <https://fontene.no/forskning/psykososial-oppfolging-ved-narkotikarelatert-dod-nasjonal-styring-og-lokalt-handlingsrom-6.584.882017.895132cf11>

Ringereide, K., & Johansen, V. A. (2017). *Oppfølging og ivaretagelse av kriseteamets medlemmer.*

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Vest.

<https://rvtsvest.no/wp-content/uploads/2017/03/Oppf%C3%B8lging-og-ivaretagelse-av-kriseteamets-medlemmer.pdf>

RVTS. (2023). *Regionale ressursentre—RVTS.* www.rvts.no. <https://www.rvts.no/>

RVTS Sør. (u.å.-a). *Påfyll 1.* Hentet 15. mars 2023, fra

<https://www.traumebevisst.no/paafyll/filer/Pafyll1.pdf>

RVTS Sør. (u.å.-b). *PåFyll 2.* Hentet 16. april 2023, fra <https://www.traumebevisst.no/paafyll/>

RVTS Sør. (2021). *Å miste noen i selvmord.*

https://www.traumebevisst.no/paafyll/filer/Aa_miste_noen_i_selvmord.pdf

RVTS Øst. (2022, juni 26). *Kriser og katastrofer—RVTS Øst.* <https://www.rvtsost.no/kriser-og-katastrofer>

- Senter for krisepsykologi. (2023, januar 24). *Selv mord*. Universitetet i Bergen.
<https://www.uib.no/kriser/159064/selvord>
- SINTEF. (2019, august 15). *TREAT-PATH*. SINTEF. <https://www.sintef.no/prosjekter/2019/treat-path/>
- Solvang, P. K. (2020). Sosialkonstruksjonisme. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M. L., Reneflot, A., Zahl, P. H., Myklestad, I., & Hauge, L. J. (2014, juni 30). *Selv mord og selvmordsforsøk—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>
- Stene-Larsen, K., Øien-Ødegaard, C., Straiton, M. L., Reneflot, A., Zahl, P. H., Myklestad, I., & Hauge, L. J. (2022, november 16). *Selv mord og selvmordsforsøk—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>
- Thomassen, M. (2013). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1. utgave, 5. opplag). Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.). Fagbokforlaget.
- Thuen, F., & Dyregrov, K. (2016). Krevende liv, krevende jobber. I K. Underlid, K. Dyregrov, & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse* (1. utg., s. 243). Cappelen Damm akademisk.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling* (1. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Våge, J. (2021). *Hvordan fungerer kollegastøtte? Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp* [Master thesis].
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/92257>



Vedlegg 1

Høgskolen i Innlandet

Samarbeid mellom Høgskolen i Innlandet og Sintef om Merete Knophs masteroppgave. Masterstudent ved Høgskolen i Innlandet, Merete Knoph, skal skrive en kvalitativ oppgave om kommunalt ansattes arbeid med etterlatte ved selvmord. Denne tematikken har Sintef Helse også et prosjekt som dekker. Sintef-prosjektet skal se på ulike deler av et tjenesteapparat som kan være aktuelt for etterlatte ved selvmord. Eks. politi, legevakt, begravelsesbyrå, kriseteam, fastlege, tjenester innen psykisk helse og rus, NAV, barnevern, spesialisthelsetjenesten, selvhjelpsgrupper, sorggrupper. De ønsker å se på hele spekteret av tjenester som kan være inne etter selvmord; samarbeid, overgang mellom de ulike, kontinuitet mm.

De har hatt intervju med TSB, politi, livsmestring i Bergen.

Det er derfor enighet om å inngå et samarbeid mellom Høgskolen i Innlandet, ved Merete Knoph og veileder, postdoktor Ann-Mari Lofthus og Sintef ved prosjektleder Jorid Kalseth og prosjektmedarbeider Silje L. Kaspersen.

Denne avtalen innebærer at

- ✓ Sintef Helse vil sende en endringsmelding i sin søknad til NSD om at Merete Knoph inngår i dette prosjektet.
- ✓ Masterstudent og veileder sender en melding om godkjenning til Lokal Etisk komité ved Høgskolen i Innlandet om prosjektet
- ✓ Masterstudenten kan benytte intervjuguide og andre relevante dokumenter som allerede er utarbeidet ved Sintef.
- ✓ Masterstudent og veileder vil samle inn data gjennom fokusgrupper med kommunalt ansatte i kriseteam, og disse vil være tilgjengelig for både Sintef Helse og Høgskolen i Innlandet. ✓ Masteroppgaven vil munne ut i en vitenskapelig artikkel som skal publiseres på norsk. I tillegg til masterstudent Merete Knoph og veileder Ann-Mari Lofthus fra Høgskolen i Innlandet, kan prosjektleder og andre fra Sintef være medforfattere.

Etter avsluttet masterprosjekt vil dataene kunne disponeres fritt av Sintef v/prosjektleder Jorid Kalseth.

Merete Knoph

Masterstudent

Ann-Mari Lofthus

Veileder

Jorid Kalseth

Prosjektleder

Vedlegg 2

1 Intervjuguide for individuelle intervju med kriseteams-medlemmer

1.1 INNLEDNING

- Presentasjon av forskerne, presentasjon av informanter – navn, stilling, fagbakgrunn, jobbet lenge i tjenesten?
- Avklare om ok å ta opptak – sett på opptak, prosedyrer for lagring av lydfiler, anonymisering, bruk av datamaterialet mv.
- Innhent skriftlig samtykke.
- Vis til infoskjema, introduksjon til master-prosjektet og informasjon om samarbeidet med SINTEF og deres prosjekt (intervju i ulike tjenester; psykisk helsevern, rusbehandling, politi, NAV, prest/begravelsesbyrå mv.).

1.2 Om tjenesten

- Kort beskrivelse av tjenesten
 - organisatorisk tilhørighet, antall ansatte, type vaktordning mv.
 - type kompetanse hos de ansatte (utdanning)
 - målgrupper for tjenesten
- Hvordan blir de ansatte fulgt opp etter hendelser de har deltatt i?
 - Jevnlige møter? Debrief?

1.3

1.4 Oppfølging av etterlatte ved selvmord

- Hvor vanlig er det at dere møter etterlatte ved selvmord i tjenesten?
 - Månedlig, ukentlig, daglig?
- Fortell om hvordan dere typisk involveres i møte med/oppfølging av etterlatte ved selvmord...
 - Ta gjerne utgangspunkt i et konkret eksempel hvis det er vanskelig å si noe generelt.
 - På hvilket tidspunkt i forløpet til de etterlatte kommer dere typisk inn?
 - Hvor lenge følger dere opp?
- Hvilken rolle mener dere at tjenesten dere jobber i skal og bør ha overfor etterlatte ved selvmord?
- Hvordan oppleves den rollen dere faktisk får som fagpersoner i møte med de etterlatte?
 - Er det forskjell på hvilken rolle dere tenker at dere skal ha overfor etterlatte, og hvilken rolle dere ender opp med å få?

- Opplever dere at noe er forskjellig i oppfølging av etterlatte ved selvmord sammenliknet med andre etterlatte?
- Eksempler?
- Hvilke ressurser eller verktøy har dere i møtet med etterlatte ved selvmord?
 - Noe som savnes? (Informasjon, veiledere, veiledning etc.)
 - I hvilken grad jobber dere systematisk med oppfølging av etterlatte?
 - Blir det tatt kontakt automatisk?
 - Hvilke andre instanser får man eventuelt henvendelser fra om at noen trenger oppfølging?
 - Hvor lenge er kriseteamet inne i saken, utover akutfasen?

1.4.1.1 *Kompetanse*

- Hvordan har dere tilegnet dere kompetanse om oppfølging av etterlatte ved selvmord?
 - Integrert i utdanningen?
 - Hva slags opplæring gis?
 - Har dere hatt noen undervisning eller kurs? (VIVAT, RVTS, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, NAPHA, internt)?
 - Selvhjelpsgrupper?
- Hva skulle dere ønske dere hadde mer kompetanse på for å jobbe med etterlatte ved selvmord?
 - Hvilken form vil dere helst drive kompetanseheving på? (e-læring, kurs, hospitering etc.)
 -

1.4.1.2 *Samhandling og koordinering*

- Hvilke andre tjenester samarbeider dere mest med rundt etterlatte ved selvmord?
 - Fastlegene? Spesialisthelsetjeneste? Kommunehelsetjeneste? NAV? Politi? Andre?
 - Selvhjelpsgrupper? Sorggrupper i regi av offentlige?
- Hva skjer når saken avsluttes av kriseteamet – mtp evt. behov for videre oppfølging da, evt. senere?
- Sett fra deres tjeneste, hvordan oppleves samhandlingen og koordinering av tjenester rundt etterlatte ved selvmord?
- Flaskehalser?
- Kompetanse på hva andre tjenester kan tilby – henvisning til andre?
- Taushetsplikt overfor andre tjenester og overfor pårørende – hvordan påvirker det arbeidet deres?
 - På hvilken måte kan taushetsplikten bli et hinder i selvmordsforebygging?
 - Samtykke – hvordan arbeider dere med det?
 - Hvordan kan man eventuelt "omgå" taushetsplikten, hvis man ser at det er behov for det?

- Andre innspill når det gjelder samhandling og koordinering av tjenester rettet mot de etterlatte?

1.4.1.3 Forebyggende arbeid

- Sett fra din tjeneste, hva tenker dere hindrer god oppfølging av etterlatte ved selvmord?
- Hva mener dere må til for at dere skal få hjulpet de etterlatte på best mulig måte i deres tjeneste?
 - Hva mangler eventuelt per i dag?
 - Hva fungerer godt per i dag?
- Vi vet at etterlatte ved selvmord selv har forhøyet suicidrisiko – er noe dere er bevisst på, og forholder dere til?
- Hva ville dere endret hvis dere fikk endre på noe som dere mener kunne bidratt til selvmordsforebygging?
- Andre aspekter vi ikke har snakket om til nå som dere synes er viktige å få med?

Vedlegg 3



Høgskolen
i Innlandet

- Lokal etisk komité for forskning /Research Ethics Committee

Masterstudent Merete Knoph

Veileder Ann-Mari Lofthus

Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse

sosialvitenskap

- og

Deres ref. melding mottatt 15.6.22

Vår ref. Sak 9 -2022 Arkiv: 21/01894

Saksbehandler: anne.lofthus@inn.no

Dato: 18..09.2022

Endelig svar for etisk vurdering av planlagt masterprosjekt ved Høgskolen i Innlandet

Prosjekttittel: "Hvordan kan kommunale kriseteam bidra til kontinuitet og god oppfølging til etterlatte ved selvmord? Prosjektleder/veileder: Ann-Mari Lofthus

Student: Merete Knoph, master i psykisk helsearbeid

Prosjektvarighet: 22.8.22 - 8.5.23

LEKF utfører forskningsetisk vurdering etter mandat godkjent av det sentrale FoU-utvalget 21.4.20. Dette planlagte masterprosjektet sorterer under prioritet 1, det vil si obligatorisk forskningsetisk vurdering av forskning på mennesker og som ikke er hjemlet i Helseforskningsloven, men som allikevel har potensiale for feil, skade, belastning og/eller krenkelse for forskningsdeltakerne.

Framleggelse/søknad med vedlegg til Lokal etisk komité for forskning ble mottatt som melding i Nettskjema 15.6.22. Vurdering av prosjektet ble utført som forenklet vurdering av komitéens leder. Foreløpig vedtaksbrev ble sendt 10.8.22. og dokumentasjon av endringer ble mottatt av LEKF-sekretariat 15.9.22.

For prosjektopplysninger og komitéleders vurderinger vises det i sin helhet til brev 10.8.22, men med følgende unntak: Prosjekttittel er endret (se innledningen til dette brevet). Videre at datainnsamlingsmetoden er endret fra fokusgruppeintervju av til individuelle kvalitative intervjuer med kriseteam-medlemmer/leder av kriseteam.

Framlagte reviderte informasjon- og samtykkeskriv imøtekommer alle anmerkninger komitéen har gitt på en god måte.

Konklusjon

Lokal etisk komité for forskning ved Høgskolen i Innlandet har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av prosjektet «Hvordan kan kommunale kriseteam bidra til

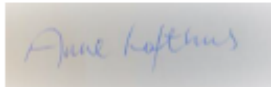
kontinuitet og god oppfølging til etterlatte ved selvmord» og støtter oppstart av masterprosjektet.

Vedtaket er avgrenset til fremlagte dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen for eventuelle endringer kan iverksettes.

Lykke til med prosjektgjennomføringen!

Med hilsen (e.f.) på vegne av leder for Lokal etisk komité for forskning –

Høgskolen i Innlandet



Anne Sofie Lofthus
Sekretær

Vedlegg 4

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERSTUDIE; HVORDAN KAN KOMMUNALE KRISETEAM BIDRA TIL KONTINUITET OG GOD OPPFØLGING TIL ETTERLATTE VED SELVMORD

Dette er en forespørsel om deltakelse i en masterstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet, som er et samarbeidsprosjekt med erfarne helsetjenesteforskere i SINTEFs avdeling Helse. Målet er å frambringe ny kunnskap om behandlingsforløp og bruk av helse- og velferdstjenester blant personer i risiko for selvmord og etterlatte ved selvmord. Det er ønskelig å intervju helsepersonell om deres erfaringer med å yte tjenester til etterlatte ved selvmord.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Masterstudien samarbeider med et større forskningsprosjekt, TREAT-PATH. TREAT-PATH er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Oslo universitetssykehus HF og SINTEF, som etter planen skal vare til juli 2024. SINTEF ser på behandlingsforløp og bruk av velferdstjenester blant både personer i risiko for selvmord og etterlatte ved selvmord.

Masterstudien omhandler kommunale kriseteams rolle i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord. Tidsramme er fram til mai 2023.

Datainnsamlingen foregår som kvalitative, individuelle intervjuer med totalt 5-7 personer fra ulike kommuner.

Sentrale spørsmål er:

- Hvordan opplever fagpersonene i kriseteamene sin rolle når det gjelder hjelp og tjenesteyting til etterlatte ved selvmord?
- Hvordan oppleves samhandlingen og koordinering av tjenester rundt etterlatte etter selvmord?
- Hva er de viktigste faktorene som må være på plass for å bedre tjenestetilbudet til etterlatte ved selvmord?
- Hvordan ivretas fagpersoner i kriseteamene etter oppdrag?

Intervjuene vil primært foregå fysisk, i arbeidstiden (tidsbruk må avklares med ledelsen ved din institusjon) og tar omtrent 1 time. Ved geografiske avstander, kan intervjuene foregå digitalt på Teams.

I studien vil vi innhente og registrere noen kontaktopplysninger om deg (navn, e-post, telefonnummer) når du har takket ja til å vurdere om du vil være informant i masterstudien. I intervjuet vil vi tilstrebe at det ikke benyttes navn, men i den grad navn nevnes vil dette alltid anonymiseres i analysefilene som skrives ut fra lydbåndet. Stemme på lydbånd er personidentifiserende, og vi vil derfor lagre disse filene i passordbeskyttede mapper der kun masterstudent og veileder, samt aktuelle prosjektdeltakere i SINTEF har tilgang.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Masterstudien skal identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan bidra med viktig informasjon for det framtidige oppfølgingsarbeidet med etterlatte ved selvmord. Flere etterlatte ved selvmord ønsker systematisk og langvarig oppfølging, og en styrking av kunnskapsgrunnlaget for god oppfølging og ivaretagelse av de etterlatte, kan være viktig for å redusere omfanget av eventuelle traumer og kompliserte sorgforløp. Mer helhetlig og systematisk kunnskap på dette feltet kan gi viktige innspill til bl.a. kommunenes handlingsplaner og prosedyrer både vedr. oppfølging av etterlatte og oppfølging av ansatte i kriseteamene.

En mulig ulempe for deg kan være at temaet kan trigge krevende erfaringer fra eget liv, eller fra deltagelse i møte med etterlatte. Dette tematiseres med deg før intervjuet starter, og etter at intervjuet er slutt, for å sjekke ut om det kan være et behov for ivaretagelse/oppfølging i etterkant.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i masterstudien, og vi innhenter skriftlig samtykkeerklæring ved intervjuets start. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet dine bidrag i lydfiler og transkripsjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til masterstudien, kan du kontakte masterstudent Merete Knoph, tlf. 99 04 75 11, epost: merete.knoph@gmail.com

Du får tilbud om å lese gjennom materialet før publisering, og fornyet samtykke innhentes.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene om deg og evt. navn/steder som nevnes i intervjuene, vil bli anonymisert og lagret på en sikker server knyttet til Høgskolen i Innlandet. Kontaktinformasjon om deg oppbevares adskilt fra lydfiler og datamaterialet. Det er kun masterstudent ved Høgskolen i Innlandet, veileder, prosjektleder og prosjektmedarbeidere i SINTEF som får tilgang til datamaterialet som samles inn i forbindelse med intervjuene. Lydfiler og transkriberte filer vil oppbevares på sikre servere og i passordbeskyttede mapper der kun prosjektdeltakere har tilgang.

De anonymiserte filene vil overdras til SINTEF, som en del av prosjektet. Råfilene slettes ved masterstudiens slutt. Anonymiserte analysefiler vil beholdes for publisering også etter prosjektslutt i 2023.

Vi ønsker at resultatene fra studien blir presentert i et fagtidsskrift.

GODKJENNING

SINTEFs personvernombud, Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (saksnummer hos NSD: 2021/924533). Masterprosjektet er innlemmet i foreliggende godkjenning fra NSD.

Lokal etisk komité for forskning på Høgskolen i Innlandet har også vurdert studien og det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom veileder fra Høgskolen i Innlandet, prosjektleder i SINTEF Helse og masterstudent.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig SINTEF AS ved forskningssjef Øystein Risa og prosjektleder Jorid Kalseth et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med masterstudent i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet Merete Knoph merete.knoph@gmail.com, tlf. 99 04 75 11, veileder og postdoktor ved Høgskolen i Innlandet Ann-Mari Lofthus annmari.lofthus@inn.no, prosjektleder jorid.kalseth@sintef.no, tlf. 928 85 080, eller prosjektmedarbeider silje.l.kaspersen@sintef.no, tlf. 950 88 303.

Personvernombud for SINTEF AS er Norsk senter for forskningsdata, nsd@nsd.no

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE

Jeg er villig til å delta som informant i studien om *Kriseteamenes rolle i oppfølgingen av etterlatte ved selvmord*

Dato/navn

Signatur

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

Dato/signatur

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Kvalitativ arbeidspakke i prosjektet "Behandlingsforløp og bruk av velferdstjenester blant personer i risiko for selvmord og deres etterlatte"

Referansenummer

924533

Registrert

28.06.2019 av Silje L. Kaspersen - Silje.L.Kaspersen@sintef.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Sintef / SINTEF Digital

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jorid Kalseth, jorid.kalseth@sintef.no, tlf: 92885080

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.09.2019 - 31.12.2022

Status

30.08.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

30.08.2019 - Vurdert

Meldeskjema 924533 er WP 4 i det større prosjektet "Behandlingsforløp og bruk av velferdstjenester blant personer i risiko for selvmord og deres etterlatte" som er et samarbeid mellom FHI, Oslo universitetssykehus HF og SINTEF.

SINTEF er behandlingsansvarlig for arbeidspakke 4, og kun ansatte ved SINTEF vil ha tilgang til personopplysningene som behandles her. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i arbeidspakken vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 30.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6



Vurdert

10.06.2022 14:02

Behandlingen av personopplysninger er vurdert.

[Les vår vurdering](#)



Melding fra Lene Christine Morvik Brandt (NSD)

10.06.2022 14:29

Hei, oppsummerer her hyggelig telefonsamtale med prosjektansvarlig nå nettopp. I samtalen fikk vi avklart at masterstudent gjennomfører sitt prosjekt med SINTEF som behandlingsansvarlig, og studentens prosjekt er omfattet av dette meldeskjema (benytter samme intervjuguide og tilsvarende informasjonsskriv). Student vil ikke få tilgang til andre data med personopplysninger enn de student selv samler inn (mens forskergruppen ved SINTEF får tilgang til student sine data - noe det informeres om i student sitt informasjonsskriv).

Vedlegg 7

Merete Knoph

Fra:

:ommune.no>

Sendt:

Til:

Kopi:

Emne:



SV: Personvern - innsamling av data fra helsepersonell i forbindelse med masterstudie

Hei igjen,

Takk for svar og telefonsamtalen i dag.

Som vi snakket om på telefon er jeg ombud og kommer kun med råd og spørsmål til datainnsamlingen, jeg har ingen myndighet til å godkjenne eller bestemme hvorvidt dette skal gjennomføres. Det er leder som må bestemme (evt ta det med sin overordnet) hvorvidt / på hvilke premisser dette skal gjøres. Jeg forstår du har snakket med leder ved kriseteam i kommune om prosjektet og intervju.

Jeg ser også av informasjonen du gir og i samtykkeskjema at dette er et stort prosjekt hvor NSD / Sikt har godkjent intervju med lydopptak, og at både Sintef, personvernombud og lokal etisk komité har vurdert og følger opp prosjekt. Vi som kommune har ikke noe ansvar ved denne innsamlingen av data, men spørsmålene jeg har stilt er kun innspill med tanke på hensynet til våre brukere, ansatte og de ansatte som skal intervjues, slik at risikoen for er lavest mulig.

Av hensyn til det foreslo jeg bl.a. at samtykkeskjema sendes intervjuobjektene i forkant slik at får lest gjennom på forhånd og samtykke/ forutsetningene blir så reelt som mulig. Jeg foreslo også at en kan vurdere nødvendigheten av å ha lydfilene liggende i så lang tid (mai 2023) samt at mange har tilgang. Du nevnte også at du vil gå gjennom grunnleggende personvern med intervjuobjekt på forhånd, og forklare at de ikke må avsløre identifiserende opplysninger gjennom intervjuet og forklare hva slags type opplysninger det kan være. Vi drøftet også at vil være enda sikrere at du gjennomgår lydfilene først, før evt veileder skal transkribere, men at et ytterligere tiltak er at du transkriberer først. Da er det også mindre ansvar som ligger på intervjuobjekt.

Jeg bemerker også at det er dere som databehandler som er ansvarlig for at personvernregelverket overholdes og ansvarlig ved eventuelle brudd eller hendelser som skulle oppstå. Det fremgår at sikkerheten rundt opptak (egen app på telefon som går rett til tofaktor-innloggingsdatabase), lagring (sikker plattform gjennom høgskolen og Feide innlogging) er vurdert og ivaretatt. Kortest mulig tid av lagring og færrest mulig med tilgang er uansett risikoreduserende tiltak.

For øvrig ser det ut til at prosjektet og intervjuene, samt behandlingen av personopplysningene er nøye evaluert og at flere personvernombud (bl.a. ved Sintef) har vurdert og er tilgjengelig underveis i arbeidet.

Jeg setter leder Kriseteam og kommunalsjef Mestring og helse på kopi slik at de ser vi har vært i dialog, og at de er bevisst over prosjekt og databehandling.

Masse lykke til 😊

Med vennlig hilsen

Vedlegg 8

Merete Knoph

Fra:
Sendt: fredag 23. september ;
Til: Merete Knoph
Emne: SV: Intervju av ansatte
personvernkoordinator

Hei,

Sender som avtalt over utklipp av praktiske retningslinjer.

Jeg bekrefter med dette at er orientert. Utfra de opplysninger jeg har fått, virker også behandlingen innenfor

Med vennlig hilsen

Vedlegg 9

Merete Knoph

Fra:

Sendt:

Til:

Emne:

Merete Knoph; Personvernombudet

Re: Intervju av ansatt
personvernombudet

anning av

Hei,

Du trenger behøver ikke godkjenning av personvernombudet. Jeg har heller ingen myndighet til å godkjenne behandling av personopplysninger på vegne av enkelt-ansatte.

Den ansatte du skal intervjuer må samtykke. Du er ansvarlig for behandlingen av opplysningene du samler inn og bruker om vedkommende.

Gjør oppmerksom på at den ansatte er bundet av taushetsplikt overfor de personene som vedkommende yter tjenester til. Denne er selvfølgelig ufravikelig.

Lykke til med prosjektet 😊

Vennlig hilsen