

Selv mord som tema for kurator i barneverntjenesten

Hvordan påvirkes kurators personlige liv?

Ingrid Sæbø Møllen



Masteroppgave i psykososialt arbeid - selvmord, rus,
vold og traumer. Institutt for klinisk medisin.
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.05.12

Selv mord som tema for kurator i barneverntjenesten

Hvordan påvirkes kurators personlige liv?

*En erfaring om kaos, følelsesmessig belastning og
en mulighet for ny trygghet*

© Forfatter Ingrid Sæbø Møllen

År 2012

Tittel: Selvmord som tema for kurator i barneverntjenesten. Hvordan påvirkes kurators personlige liv?

Forfatter: Ingrid Sæbø Møllen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

I denne artikkelen presenteres resultatet av en kvalitativ undersøkelse om hvordan det påvirker det personlige livet til kuratorer i barneverntjenesten, å miste en klient i selvmord. Gjennom en fenomenologisk hermeneutisk analyse av intervjuer med tre kuratorer i norsk kommunal barneverntjeneste, kom det fram at det å miste klient i selvmord har konsekvenser på flere områder i kurators personlig liv.

Hovedfunnet var at å miste en klient i selvmord kan helhetlig forstås som *en erfaring om kaos, følelsesmessig belastning og en mulighet for ny trygghet*. Opplevelsen påvirker kurators liv gjennom vanskelige tanker, følelsesmessig belastning, søvnvansker, og tanker om at jobben gikk ut over familien. Erfaringen førte også med seg en opplevelse av å ha blitt tryggere på seg selv, og av å være mer forberedt på at et selvmord hos klient kan skje igjen.

Konklusjonen er at å miste en klient i selvmord ser ut til å kunne utgjøre en krise, og være en traumatisk hendelse, for kurator i barneverntjenesten. Kunnskap om reaksjoner ved kriser og kunnskap om reaksjoner hos etterlatte ved selvmord, synes relevant. Studien bringer fram erfaring om tap av trygghet og siden en framvekst av en ny trygghet og personlig vekst.

Nøkkelord:

Suicide, survivors, bereavement, social work, lived experiences, phenomenological hermeneutic

Forord

Å gjennomføre en masterutdanning er en erfaring som påvirker studentens personlige liv. For meg har opplevelsen heldigvis ikke vært dominert av traumatiske følelser, selv om det har vært innslag av både tvil, stress, og følelse av inkompetanse. Positive følelser av mestring, arbeidsglede og pågangsmot har for øvrig vært dominerende gjennom utdanningsforløpet. Det er i seg selv en god følelse å fullføre dette arbeidet. Jeg sitter igjen med en god følelse av å ha mottatt omsorg, støtte og hjelp. Jeg har også fått ny kunnskap og forståelse.

Arbeidet har påvirket mine omgivelser på flere måter. Mine foreldre har vært barnevakt for barna mine, noe jeg vil betegne som en «vinn, vinn, vinn – situasjon». Min lille datter og mann bodde på hotell i Oslo når jeg deltok på studiesamlinger. En av sønnene mine fikk sin første fly-, hotell- og Oslo-opplevelse i forbindelse med en studiesamling. Takk til far, mor, mann, barn og bror for støtte, praktisk hjelp og barnepass.

Et godt vennskap har også fungert som godt team gjennom store deler av denne masteroppgaven. Jeg har hatt stor glede av at vi kunne samarbeide så tett. Jeg er ikke i tvil om at både arbeidsgleden og læringsutbytte er større ved å samarbeide og reflektere sammen. Takk til deg Anne – Lill Haddeland! Utdanningsstedene oppfordres med dette til å legge for rette for samarbeid.

Takk til min arbeidsplass, RVTS Sør, for god støtte og tilrettelegging. Takk til Stian Biong for fantastisk trygg, ryddig og solid veiledning. Takk til min bror Øystein Sæbø for hjelp med å skaffe artikler og nyttig veiledning. Takk til bibliotekar Kirsti Amundsen på NSSF for litteratur og søkehjelp.

Takk til informantene som delte sine erfaringer og gav sin tillit.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
1.1 Teoretisk referanseramme.....	2
1.1.1 Barneverntjenesten som arena	2
1.1.2 Kunnskap om å miste klient eller pasient ved selvmord	3
1.1.3 Krisereaksjoner og reaksjoner hos etterlatte ved selvmord	4
1.1.4 Når hjelperen blir rystet.....	6
1.1.5 Mulighet for vekst	7
2 Metode	8
2.1 Refleksivitet	9
2.2 Utvalg	9
2.3 Datainnsamling	10
2.4 Analyse	10
2.5 Forskningsetiske overveielser	12
3 Funn	14
3.1 Naiv forståelse.....	14
3.2 Strukturell analyse.....	15
3.2.1 Kaos i hodet. Tankene gikk der hele tida	16
3.2.2 Å få en knyttneve i magen	17
3.2.3 Hjem og være mamma.....	17
3.2.4 Tryggere på meg sjøl.....	19
3.3 Helhetsforståelse	20
4 Diskusjon.....	21
4.1 Kunnskap om å miste en klient eller pasient	21
4.2 En rystelse og en krise	22
4.3 Overgang mellom jobb og familieliv	23
4.4 Vekst og ny trygghet	25
4.5 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet.....	26
5 Konklusjon	28
Litteraturliste.....	29
Vedlegg 1	32

Introduksjon

Selv mord er et stort folkehelseproblem med store og vidtrekkende konsekvenser sosialt, følelsesmessig og økonomisk. På verdensbasis tar ca. en million mennesker årlig sitt eget liv (WHO, 2006). Som folkehelseproblem må selvmordet forstås bredt og sammensatt, uten enkle årsak- virkning- forklaringer. Selvmord er et resultat av kompleks interaksjon mellom biologiske, genetiske, psykologiske, sosiologiske, kulturelle og miljømessige faktorer (WHO, 2006). Kunnskapsutvikling og selvmordsforebygging bør derfor skje innen for ulike disipliner og områder i samfunnet. Økt fokus på forebygging og innsats fra ulike fagdisipliner er en utfordring. Statens helsetilsyn formulerer dette slik: "Bedret utdanning av alle faggrupper som jobber med selvmordsnære mennesker i forebyggende eller kurativ virksomhet ble vurdert som en av de viktigste forutsetningene for å lykkes med ambisjonen om å få ned selvmordstallene i Norge." (Statens helsetilsyn, 2000).

Hvert enkelt selvmord har store konsekvenser, ikke minst for menneskene som mister sine kjære. Det kan også ha negativ innvirkning for ansatte i ulike profesjoner, som mister et menneske de har ønsket å hjelpe (WHO, 2006 og Helsedirektoratet, 2011). Det sosiale miljøet har sammenheng med selvmordet på ulike måter. Både årsakene, utførelsen og kommunikasjonen om selvmordet har alle en sterk sosial komponent (Mäkinen, 2009). Selv om selvmord på mange måter er den mest ensomme handlingen man kan begå, er det samtidig en av de meste berørende og oppsiktsvekkende sosiale handlinger (Vråle, 2009). Et selvmord kan tolkes som en alvorlig kritikk av omgivelsenes ivaretagelse og omsorg.

Denne artikkelen omhandler selvmord som tema i en psykososial kontekst, om den sosiale og psykologiske siden ved det å være menneske. Perspektivet er sosialarbeideren, kurator i barneverntjenesten, som erfarer at en klient dør i selvmord.

Innledningsvis presenteres den teoretiske referanserammen med relevante perspektiver. Deretter presenteres valg av kvalitativt design, intervju som metode, fenomenologisk hermeneutisk analyse, og funn. Disse drøftes opp mot kunnskap om krisereaksjoner, etterlatte ved selvmord og posttraumatisk vekst. Til slutt gjøres noen metodologiske overveielser og det trekkes noen konklusjoner.

1.1 Teoretisk referanseramme

Dette kapittelet innledes med en presentasjon av arenaen kommunal barneverntjeneste og kurator sitt arbeidsområde. Videre presenteres forskning og teori som kan kaste lys over funnene i studien. Å miste klient i selvmord antas å påvirke flere sider av kurators liv. Den følelsesmessige belastningen kan belyses av kunnskap om kriser og kunnskap om etterlatte ved selvmord. Hvordan hjelperen kan bli rystet i møte med andres smerte er også aktuelt, like så perspektivet om posttraumatisk vekst.

1.1.1 Barneverntjenesten som arena

Den kommunale barneverntjenesten ivaretar kommunens oppgaver i henhold til Lov om barnevern. Formålet med loven er å ”sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid” (Barnevernloven, 1992, § 1-1). Barneverntjenestens mest sentrale funksjoner er å regulere barn og unges oppvekstvilkår ved å yte hjelp og utøve kontroll av familien. Barnevernet befinner seg i en unik posisjon mellom samfunnet og familien, noe som medfører dilemmaer og utfordringer (Norges offentlige utredninger 2009:8). Barnevernsansatte forvalter et lovverk som trenger inn i forholdet mellom foreldre og barn. Muligheten for hjelp er til stede, men alltid sammen med en mulighet for makt og kontroll. I denne artikkelen velges betegnelsen ‘kurator’ for å understreke det behandlende. ‘Sosialkonsulent’ og ‘saksbehandler’ brukes ellers ofte om den samme stillingen, som i hovedsak besettes av sosionomer og barnevernspedagoger.

Familier barneverntjenesten er i kontakt med har høyere enn gjennomsnittlig forekomst av psykiske lidelser, traumer bl.a. knyttet til overgrep, belastninger og negative livshendelser (Kristoffersen, 2005). Rusmisbruk hos foreldre eller hos den unge, og fravær av sosial støtte, er også faktorer som samlet og hver for seg utgjør risiko for selvmordsatferd og selvmord. Kristoffersen (2005) finner i sin forskning en særlig høy forekomst av voldsomme dødsfall i barnevernspopulasjonen. Mennesker som hadde vært i barnevernstiltak fra 1990-2001 hadde en dødelighet av selvmord som var om lag åtte ganger høyere enn i den ordinære barnebefolkningen.

Barnevern er en del av fagfeltet sosialt arbeid. Dette omfatter store tema som sosial tilpasning, familieproblematikk, rusomsorg, kriminalitet, fattigdom, og yrkesdeltakelse. Her hentes kunnskap fra ulike fagdisipliner og anvendes i konkret handling for å hjelpe klientene til å redusere eller mestre sitt sosiale problem (Halvorsen & Gjedrem, 2006). Undersøkelser finner at 97,8 % av sosialarbeidere rapporterte at deres klienter var utsatt for traumer (Bridge, 2007). På denne måten kan sosialarbeidere også være indirekte eksponert for traumer gjennom sin yrkesutøvelse. Studier peker på at over 70 % av sosialarbeiderne opplevde minst ett symptom på 'Posttraumatic Stress Disorder' (PTSD) mens over 15 % oppfylte kriteriene for en PTSD diagnose (Bridge, 2007).

1.1.2 Kunnskap om å miste klient eller pasient ved selvmord

Litteratursøk ble gjort på databasene Medline, PsykInfo og SveMed. Søkeord som ble benyttet var *suicide, survivors, bereavement, lived experiences, emotional responses, guilt, client, social work, child welfare og primary health care*. Tidsskriftet *Suicidologi* ble også gjennomgått. Prioritet èn var forskningsartikler som omhandlet konsekvenser av å miste klient i selvmord innen sosialt arbeid og barnevern. Fortrinnsvis fra år 2000, eller nyere. Det ble funnet ti artikler, de fleste ved søket i databasen til PsykInfo. For å belyse temaet bredere, ble det også gjennomgått 18 artikler som omhandlet konsekvenser av å miste pasient innen psykisk helsevern og blant allmennleger.

Forskningslitteratur og faglitteratur beskriver hvordan det oppleves å miste pasient i selvmord innen psykisk helsevern, knyttet både til personlige og profesjonelle forhold. Det pekes på at en av fire psykologer og en av to psykiatere vil oppleve å miste en pasient i selvmord i løpet av karrieren (Bersoff, 1999, Kleespies, 1993). Hendin (2006) fant at 38,2 % av terapeuter fikk en sterk *stressreaksjon* ved å miste klient i selvmord. Hjort (2006) drøfter terapeutens reaksjoner på pasienters selvmord og beskriver følelsen av *skyld* som en av de hyppigste og sterkeste. *Påtrengende tanker* knyttet til klientarbeidet, var det mest rapporterte symptom i undersøkelsen til Bridge (2007). Det var 40 % som rapporterte om dette, mens 19 % erfarte psykisk stress og påminnere (reminders). Færre fortalte om påtrengende drømmer. Kvinnelige

terapeuter synes å oppleve klientselv mord mer belastende enn menn, og opplever mer skam, skyld og tvil om egen fagkunnskap (Jacobson et al., 2004, Hendin 2006). Mye av litteraturen fokuserer på psykologer og psykiateres reaksjoner. Forskning på sosialarbeideres reaksjoner synes å være mangelfull (Ting, et al., 2006).

I en studie innen sosialt arbeid oppgir 33 % at de har opplevd selvmord blant klient (Jacobsen, Ting, Sanders & Harrington, 2004). Denne undersøkelsen ble fulgt opp av kvalitative studier om reaksjoner hos sosialarbeidere som mistet klient i selvmord (Sanders, Jakobsen & Ting, 2005; Ting, Sanders, Jacobson & Power, 2006; Ting, Jakobsen & Sanders, 2008). Disse reaksjonene omfattet blant annet sorg, sinne, selvbebreidelse, profesjonell mislykkethet og isolasjon.

Det har, innen sosialt arbeid, vært lite oppmerksomhet rettet mot opplæring i arbeid med personer med selvmordsatferd (Sanders, Jacobsen & Ting, 2008). En undersøkelse viste at under 50 % hadde mottatt slik opplæring i sin utdanning, til tross for at 55 % vil oppleve minst ett selvmordsforsøk og 31 % vil oppleve ett selvmord i sin yrkeskarriere (Sanders et al., 2008). Egen erfaring er at selvmordsproblematikk er til stede blant de menneskene barneverntjenesten møter, både ved selvmord hos klient, gjennom arbeid med etterlatte, og samtaler om selvmordstanker. Likevel er erfaringen at dette ikke tematisert i grunnutdanning eller fagutvikling.

1.1.3 Krisereaksjoner og reaksjoner hos etterlatte ved selvmord

Å miste en klient omtales av informantene som en *krise*. Kriser forstås som potensielt traumatiserende hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier (Helsedirektoratet, 2011). Den rammedes mulighet til å ivareta oppgaver på individ-, familie- og samfunnsnivå, kan bli svekket. Traume handler blant annet om tap av basal tillit, håp, optimisme, illusjoner og drømmer (Bang, 2003). Traumatiske hendelser stiller mennesket overfor eksistensielle tema som død, frihet, ensomhet og mening (Davidsen-Nielsen og Leick, 2001). Det kan også være både skam og tabu knyttet til traumet man er utsatt for. Slike

hendelser innebærer sorg og tap som ikke alltid er så synlige, som når illusjoner og sikkerhet forsvinner (Bang, 2003).

Anbefalte tiltak ved kriser innebærer å gi den som er rammet en opplevelse av kontroll og mulighet for mestring. Det er viktig å forsikre den kriserammede om at hennes reaksjoner er normale, og informere om ulike reaksjoner som kan komme. Den som er kriserammet har ønsker om å få tidlig, aktiv, tilpasset og oppsøkende hjelp. De ønsker informasjon og veiledning fra stabile hjelpere over tid (Dyregrov, Dyregrov & Nordanger, 2002).

Kunnskap om etterlatte ved selvmord er relevant fordi dette også kan omfatte ansatte hjelpere (Vråle, 2009 og Helsedirektoratet, 2011). Etterlatte står i fare for alvorlige og langvarige helsemessige problemer dersom de ikke får hjelp til å bearbeide symptomtrykket. Vanlige etterreaksjoner er sjokk, tankekaos, kroppslige reaksjoner, savn, behov for svar på hvorfor, skyldfølelse, søvnforstyrrelser, angst, sårbarhet, konsentrasjonsvansker, sinne og tilbaketrekking (Helsedirektoratet, 2011). Vråle (2009) omtaler naturlige og forståelige reaksjoner som angst, frykt, sinne, tristhet og sorg. Dette er viktige signaler om fare og at viktige verdier trues.

Et relevant begrep er *'postvention'* (Shneidman, 1981). Dette blir brukt om tiltak som kan redusere negative følger hos de etterlatte (Helsedirektoratet, 2011, Etter selvmordet). På engelsk brukes ordet *'survivors'* (overlevende), et begrep hentet fra krise- og katastrofeteori. Nettopp det å skulle forholde seg til og ta inn det at vedkommende utførte handlingen med vilje, gjør at etterlatte etter selvmord er i en annen situasjon enn etterlatte etter trafikk- og andre ulykker. Å skyve unna de ubehandlede tankene, eller å kontrollere dem ved å fortelle sin ubearbeide historie om og om igjen, antas ikke å gi en adekvat bearbeiding (Helsedirektoratet, 2011, Etter selvmordet). Noen sliter blant annet med skyldfølelse og trenger trygge samtalepartnere som tør å stille de viktige spørsmålene om det denne følelsen forteller er sant (Leer -Salvesen, 2002).

Yrkesutøvere som erfarer å miste en pasient i selvmord, kan oppleve det som en katastrofe (Vråle, 2009). Det er viktig å få hjelp til å dele, leve ut og bearbeide den intense umiddelbare smerten. Vråle foreslår at arbeidsplassen gir en briefing, en opplæring i vanlige reaksjoner og anbefalt hjelp. Slik kan man være mer forberedt dersom et selvmord skjer. Ved et selvmord bør de berørte ivaretas ved debrifing, systematisk gjennomgang og dokumentasjon. Det bør diskuteres med den berørte om det er behov for faglig veiledning i en tid.

1.1.4 Når hjelperen blir rystet

Bang (2003) er opptatt av den profesjonelle hjelper og forholdet til fenomenene motoverføring, posttraumatisk stresslidelse, sekundær traumatisering og utbrenthet. Sekundær traumatisering hos hjelperen er en forandring over tid, i verdensbilde, holdning til seg selv og til klientene. Hjelperen har også, som klienten, angst- og tilbaketrekningssymptomer. Å bli rystet i møte med klienters lidelser, uten å integrere og bearbeide erfaringene, gjør hjelperen utsatt for sekundær traumatisering og utbrenthet. Den dype rystelsen innebærer at den profesjonelle hjelperen mister kontrollen. Hjelperen kan oppleve angst, redsel, hjelpeløshet og ubehagelige kroppsreaksjoner. Rystelsen kan minimalisere hjelperens funksjonsnivå, fylle bevisstheten og føre til at hjelperen ikke er ordentlig til stede i oppgavene (Bang, 2003).

Å ta jobben med seg hjem er regnet som et faresignal for en profesjonell hjelper. Et signal om at arbeidsbelastninger ikke er tilstrekkelig bearbeidet og integrert (Bang, 2003). Den profesjonelle rollen og rollen i familien er forskjellige, og krever omstilling. Man prøver på individuelle, og noen ganger rituelle, måter å mildne denne overgangen, for eksempel før helgefri. Å bearbeide er sentralt for å sikre gode overganger og god mentalhygiene (Bang, 2003). Hvis hjelperen ikke får bearbeidet møte med andres lidelse, risikerer hun eller han å bli redd for kontakt med klientene, engstelig i livet sitt, og mindre tolerant.

1.1.5 Mulighet for vekst

Å arbeide med andre menneskers eksistensielle problemer gir hjelperne en sjanse til å utvikle seg personlig, og å bli klokere på livet, seg selv og andre (Bang, 2003). Dette gir hjelperne en dybde i perspektivene omkring eget liv og egen død. Arbeidet kan føre med seg at illusjoner om verden blir utfordret, håp og tro blir styrket, livsperspektivet blir endret, og interesse for andre forsterkes.

Hendelser med antatt negative konsekvenser kan også gi grobunn for vekst og personlig utvikling (Hafstad og Siqveland, 2008). Traumatiske opplevelser røkkes ved personenes forståelse av verden som trygg og kontrollerbar. Personene forsøker likevel å skape mening og håndtere det emosjonelle stresset gjennom en kognitiv bearbeidingsprosess (Hafstad og Siqveland, 2008).

Det er begrenset kunnskap om kurators opplevde erfaringer knyttet til å miste klient i selvmord. Dette til tross for økt erkjennelse av hjelperne som etterlatt, og økt bevissthet om etterlattes situasjon. Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan det påvirket det personlige livet til kuratorene i barneverntjenesten å miste en klient i selvmord. Målet var å utvikle kunnskap om disse erfaringene. Forskningsspørsmålet ble formulert som: *Å miste en klient i selvmord: Hvordan påvirkes kurators personlige liv?*

2 Metode

Studien undersøker opplevde erfaringer. Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, motiver og holdninger (Malterud, 2003). Fokuset er økt forståelse, snarere enn forklaring. Derfor velges en kvalitativ metode som bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Narrativ teori tilsier at økt kunnskap om menneskelige erfaringer skjer gjennom å italesette og lytte til andres opplevelse (Polkinghorne, 1988). Åpne intervju er vurdert som å være godt egnet for å øke kunnskap om menneskelige erfaringer (Malterud, 2003).

Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl (1982), og representerer en filosofi der utgangspunktet er hvordan fenomener fremtrer i den menneskelige bevissthet. Innholdet i menneskers ”subjektive” erfaringer regnes som et gyldig kunnskapsobjekt (Malterud, 2003). Fenomenologi søker å forstå essensen i sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiv og erfaringer om levd liv (Kvale og Brinkmann, 2009). I følge Ricoeurs fortolkningsteori (1976), kan ikke kunnskap og forståelse av levd liv bringes direkte fra en person til en annen, men konstrueres gjennom en hierarkisk tolkning av tekst. Hermeneutisk tolkning av *liv som tekst* integrerer *undersøkelse, forklaring og forståelse* i en dialektisk bevegelse med tekstens innhold. Denne bevegelsen, den hermeneutiske sirkel, beskrives av Ricoeur som en prosess (Biong & Ravndal, 2007).

Datainnsamlingen og litteratursøk ble foretatt i samarbeid med en annen masterstudent, med ulik problemstilling. Intervjuene ble gjennomført med begge til stede. Tekstanalysen ble foretatt i to parallelle prosesser, slik at meningsenhetene i teksten ble tatt med i den studien det hørte hjemme i, og der de var relevante for problemstillingen.

2.1 Refleksivitet

I kvalitative studier med fenomenologisk hermeneutisk utgangspunkt er det nødvendig å tilkjennegi forskerens forforståelse. Dette fordi den preger, ikke bare problemstillingen, men også analysen og konklusjonene (Malterud, 2003). Intervjuene ble foretatt av undertegnede og Anne-Lill Haddeland, som er kollega ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, RVTS. I dette arbeidet er selvmordkunnskap helt sentralt. Begge har arbeidserfaring fra den kommunale barneverntjeneste, og har opplevd å miste en klient i selvmord. Erfaringene fra barneverntjenesten er at selvmord er et aktuelt tema. Dette gjennom arbeid med etterlatte etter selvmord, arbeid rettet mot mennesker med selvmordstanker og utsagn om selvmord, særlig fra barn og ungdom, som var utfordrende å forholde seg til. Denne erfaringen står i kontrast til selvmord som et fraværende fagområde i drøftinger og fagutvikling. Ivaretagelse og oppmerksomhet knyttet til kurator som hadde opplevd å miste klient i selvmord, var også lite synlig.

Funnene bekreftet noe av forforståelsen om selvmord som aktuelt og lite kommunisert, og forsterker motivasjonen for å bringe temaet fram i kommunal barneverntjeneste. Funnene om personlig vekst gav også en ny dimensjon i forståelsen av kurator som hjelper og menneske.

2.2 Utvalg

Utvalget var strategisk ved at det invitertes deltakere som kunne uttale seg om saken (Malterud, 2003). Det besto av tre kvinnelige kuratorer som har opplevd å miste en klient i selvmord. I barnevernloven er barnet primærklient. Barnet og ungdommens omsorgspersoner er sentrale samarbeidsparter for kurator i kommunal barneverntjeneste. I denne studien utvides derfor klientbegrepet til også å omhandle foreldre.

I utgangspunktet meldte fire deltakere seg til studien. En meldte avbud på grunn av akuttarbeid. De tre har ulik alder og familiesituasjon. Arbeidserfaringen strekker seg fra et par år, til en lang karriere innen sosialt arbeid. Alle fikk beskjed om selvmordet når de var på

kontoret. De tre som hadde tatt livet sitt var to fedre og en ung gutt. Det varierer hvor lenge det er siden hendelsen, fra et halvt år til fem år.

2.3 Datainnsamling

Innhenting av data ble foretatt ved intervju i juni og juli 2011. I to tilfeller valgte informanten et møterom på sin egen arbeidsplass og en valgte intervjuers møterom. Intervjuene varte fra 35 til 60 minutter, ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Intervjuene hadde en deskriptiv orientering, for å få fram rikest mulig beskrivelser. Det ble ikke brukt intervjuguide.

Deltakerne ble oppfordret til å beskrive hvordan det opplevdes å miste klient i selvmord. I tråd med en fenomenologisk tilnærming, og for å få fram deltakernes egen versjon og tolkning, med plass til assosiasjoner og digresjoner (Malterud, 2003), ble intervjuet innledet med: «Kan du fortelle historien om det som skjedde da du mistet en klient i selvmord. Hvordan var det for deg? Fortell om din opplevelse.» I intervjuet ble det lagt opp en rik og nyansert fortelling, med stort rom for tenkepauser. Ut over åpningsspørsmålet var det kun få oppfølgingsspørsmål som: kan du fortelle mer om dette? Grunnen til dette var å gjøre intervjuene mest mulig datastyrte. Oppfølgingsspørsmålene var ment for å hjelpe deltakeren videre i sin fortelling uten å legge opp til nye tema. De bidro også til nyansering og utdyping.

2.4 Analyse

Tekstanalysen ble foretatt ved hjelp av Lindseth og Nordbergs (2004) fenomenologisk hermeneutiske metode. Denne er inspirert av Ricoeurs fortolkningsteori (1976). Den innebærer en dialektisk bevegelse mellom forståelse og forklaring av teksten, det vil si mellom teksten som helhet og som deler. Hensikten er å skape mening i det fenomenet som blir studert.

For å få fram en helhetsforståelse av datamaterialet, ble det foretatt en analyse i tre trinn, (Lindseth og Nordberg, 2004) med forskningsspørsmålet som utgangspunkt.

I trinn en, ble teksten først lest flere ganger for å få en intuitiv forståelse av helheten og for å kunne beskrive førsteinntrykket av innholdet. I tråd med en fenomenologisk tilnærming ble det tilstrebet å være så åpen som mulig mot teksten. Man lar teksten tale gjennom å anvende et tekstnært språk i beskrivelsene. Den *naive forståelsen* ble formulert og gav retning til den strukturelle analysen. Den naive forståelsen i trinn èn ble validert av temaene som ble utarbeidet i neste trinn.

Trinn to besto av en *strukturell analyse* hvor utsnitt fra teksten relatert til forskningsspørsmålet ble fortettet/ kondensert til meningsenheter og gruppert i undertema og deretter abstrahert etter deres meningsinnhold til færre tema. I materialet ble 132 tekstutsnitt definert som meningsenheter ut fra at de uttrykker relevant informasjon om forskningsspørsmålet. Disse meningsenhetene ble vurdert, kondensert og sortert i 11 undertema og deretter abstrahert i fire sentrale tema med ulikt meningsinnhold (se eksempel i Tabell 1).

Trinn tre i analysen besto i å uttrykke en *helhetlig forståelse* av datamaterialet. Det er teksten som utgjør forskningsobjektet og analyseres, og ikke deltakerne direkte. Forskerens tolkning av teksten utgjør til slutt resultatet av analysen.

Tabell 1: Eksempel fra den strukturelle analysen som utgjør Trinn 2 i analysearbeidet

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Undertema	Tema
Så tenker jeg at..... hvis ikke barneverntjenesten hadde pressa på litt her, hadde han levd enda ikke sant ?. Disse tankene gikk hele tida. Jeg følte jo litt skyld i det, jeg gjorde det,.. spesielt i begynnelsen....	Hele tiden tanker om og skyldfølelse for at hvis ikke barneverntjenesten hadde presset, så hadde han levd.	Tanker om skyld	Kaos i hodet/ Tankene gikk der hele tida
Graver seg ned. Grubler. Tenker. Dypere ned i materien, problematikken...Da kan det bli et menneske til som blir psykisk syk.	Grubling kan føre til at kurator blir psykisk syk	Vanskelige tanker som kan bidra til sykdom	
Jeg gikk hjem, sov ikke på flere døgn. Hadde mareritt. Det er den gutten som tok livet sitt jeg ser.	Sov ikke på flere døgn og hadde mareritt om den døde.	Mareritt og søvnvansker	Å få en knyttneve i magen
Du blir litt overlatt til deg selv når dagen er over. Det er vanskelig... Nå er den arbeidsdagen over... du går i en døs.. en vanvittig døs.	Vanskelig å bli overlatt til seg selv. Opplevs som å være i en døs.	Negativ påvirkning av sansene	
Hadde bare lyst til å stenge meg inne. Ikke gå ut. Hadde ikke lyst til å gå på jobb, ikke gå ut, hadde bare lyst...bare lyst til å gå i dusjen og stå der å gråte. Jeg hadde jo en treåring å tenke på.. Det kunne være sånn at jeg falt ut, ble het fraværende da jeg satt der og lekte med han..... det var det verste... det var en tid hvor jeg vurderte å slutte her.- syntes ikke det var verdt å jobbe hvis det skulle gå ut over familien	Lyst til å stenge seg inne og gråte. Ble fraværende overfor sønnen. Vurderte å slutte for at jobben ikke skulle gå ut over familien	Vurderte å slutte for å unngå relasjonsproblemer med familien	Hjem å være mamma
Også det å være tryggere på meg sjøl rett og slett.. som kurator og privatperson, som person mmgreit å at jeg gir meg lov til å gråte på jobb og hjemme.	Å være tryggere og kunne tillate seg å gråte både på jobb og hjemme.	Personlig vekst	Tryggere på meg sjøl

2.5 Forskningsetiske overveielser

To barnevernledere i ulike kommuner ble forespurrt pr. telefon og formidlet informasjonsskriv og forespurte sine ansatte om å delta i intervju. To av deltakerne meldte sin interesse gjennom leder og en tok selv kontakt via telefon. Undertegning av samtykke skjedde frivillig på bakgrunn av muntlig informasjon og informasjonsskriv om angitte formål, metoder, fordeler, risiko og ubehag (Helsinkideklarasjonen, 2008, artikkel 22). Det ble gitt informasjon om at deltakerne kunne trekke seg underveis, uten negative konsekvenser. Både deltakerne og barneverntjenestene ble anonymisert. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Lydopptak og transkribert materiale er oppbevart og slettes i henhold til gjeldende retningslinjer.

For å skape tillit og en trygg atmosfære som kunne legge til rette for narrativitet og åpen dialog, valgte vi å servere kaffe og ha en kort samtale før vi startet (Kvale & Brinkmann, 2009). Etterpå ble informantene invitert til å si hvordan de opplevde intervjuet. Alle tre formidlet at det opplevdes godt å snakke sammenhengende om en vanskelig hendelse. Deltakerne ble også kontaktet i etterkant. De formidlet at de ikke hadde erfart noen negative konsekvenser av å ha deltatt.

3 Funn

3.1 Naiv forståelse

Å få meldingen om at en klient var død i selvmord ble beskrevet som å komme i en krise med en kroppslig følelse av lammelse. Kaotiske følelser førte til tanker om hvem som var i stand til å hjelpe deltakerne i situasjonen, om de hadde hatt skyld i hendelsen, eller hadde bidratt til selvmordet. Flere beskrev at de handlet på autopilot, gjorde det de skulle på jobben, og følte seg deretter overlatt til seg selv. Tankene om det som hadde skjedd presset seg på etter jobb. De første dagene opplevdes av flere som å være i en døs. Kurator prøvde å forstå det uforståelige. Tankene og spørsmålene rundt eget arbeid og relasjonen til klienten ble beskrevet som slitsomme. Taushetsplikten medførte at kurator ikke snakket om hendelsen hjemme. Familielivet ble preget av hendelsen ved at kurator var fraværende, deprimert, og falt ut i samværet med de andre. I denne tiden reflekterte kuratorene også på om de skulle delta i begravelsen eller ikke.

Kurators sterke reaksjoner og følelser etter selvmordet kom også til uttrykk gjennom søvnproblemer. Noen hadde gjentatte og plagsomme mareritt, hvor innholdet dreide seg om den som hadde tatt sitt liv. Deltakerne fortalte om en sterk følelse av å være fraværende, nummen, i et vakuum, og ikke være til stede i eget liv. Deltakerne fikk plutselige og uventede bilder av den døde. Tankene og bildene ble særlig invaderende i samvær med egne barn og familie. Dette kom til uttrykk ved en lyst til å rømme, komme seg bort eller isolere seg hjemme. Noen fortalte at de ikke ønsket å gå ut, eller på jobb. Alle hadde tanker om å slutte i jobben.

Deltakerne formidlet en gjennomgående følelse av å være i et indre kaos, ikke finne roen og ikke forstå hva som skjedde med dem. Jobben ble likevel utført, til og med godt, uttrykte en. En kurator ble sykmeldt to ganger som følge av selvmordet, siste gang flere år etter hendelsen. Det var vanskelig å håndtere følelsen av tristhet, og av ikke å forstå hvorfor ting ikke lenger fungerte som før. Å snakke med noen hadde vært viktig i bearbeidelsen og

forståelsen av seg selv og klientens selvmord. En av de intervjuede opplevde at leder umiddelbart tok kontakt. To av kuratorene ba selv om hjelp. Den besto av å sortere tanker, følelser og hendelser. Det var viktig å bli sett av familie, arbeidsgiver eller andre profesjonelle. De mener i ettertid at de kunne vært spart for deler av belastningen dersom arbeidsgiver hadde tatt et større ansvar.

Erfaringer med personlig vekst kom fram ved at deltakerne hadde forsøkt å snu opplevelsen og gjøre erfaringene til en ressurs. En fortalte at hun ikke lenger var redd for å snakke om døden eller andre vanskelige tema. Deltakerne hadde fått et bevisst forhold til at de er hele seg, også i jobben. Opplevelsen hadde fått betydning for hele livsutfoldelsen. De fortalte at de ikke lenger tar for gitt at ting går bra, og at de er mer forsiktige i møte med klienter.

3.2 Strukturell analyse

Gjennom spørsmålet om hvordan det opplevdes å miste klient i selvmord, og den påfølgende analysen av data, ble helhetsforståelsen av erfaringene formulert slik: *En erfaring om kaos, følelsesmessig belastning og en mulighet for ny trygghet*. I det følgende forklares hvordan denne tolkningen er basert i studiens empiri.

3.2.1 Kaos i hodet. Tankene gikk der hele tida

Dette temaet dreier seg om påtrengende, gjentakende tanker og forvirring. Tankene dreide seg særlig om egen skyld i klientens selvmord, om å ta stilling til selvmordet og om tvil rundt egen yrkesutøvelse. Denne grublingen virket i seg selv skremmende og en informant tenkte at det å grave seg dypere ned i materien kunne føre til at en selv blir psykisk syk. Tanker om skyld dreier seg både om en selv og om barneverntjenesten litt mer generelt. En av informantene sa det slik: *«hvis ikke barneverntjenesten hadde pressa på litt her, hadde han levd enda, ikke sant? Disse tankene gikk hele tida. Jeg følte jo litt skyld i det»*. En sa at *«hodet sier at det ikke er noe jeg har gjort, men følelsen..»*. Her kommer det fram at deltakerne hadde en oppfatning om at barneverntjenesten hadde presset klienten. Opplevelsen av å ha presset litt på, førte til tanker (og følelser) om skyld.

Tanker om selvmordet i seg selv, ble også beskrevet. Informantene fortalte at en må ta stilling til at noen velger å ta litt eget liv. En fortalte at hun kunne forstå det, og følte ikke sinne. En annen ble sint da hun fikk vite om selvmordet. Informantene spurte seg også om de kanskje ikke gjør jobben sin godt nok. En deltaker tok opp med sin leder at hun var usikker på hvordan hun skulle forholde seg til foreldre, om hun skulle være *like tydelig* som hun hadde vært.

Det ser ut at disse spørsmålene og grubleriene, til sammen, gav en opplevelse som ble beskrevet som *kaos i hodet*. Det ble *så mye*. En *vet ikke hva som er hva*. En deltaker opplevde også påtrengende tanker og følelse av forvirring flere år etter hendelsen. Hun sa det slik: *«Jeg skjønner ingenting. Tenker jeg blir sprø og blir irritert på meg selv. Klarte ikke plassere hva som skjedde. Hvorfor tenker jeg på han?»*. Det kan synes som hun ble frustrert over tanker hun ikke klarte å plassere eller forstå.

3.2.2 Å få en knyttneve i magen

Dette temaet dreier seg om søvnproblemer, mareritt, følelsesmessige belastninger og kroppslige reaksjoner. Beskrivelsen av den første tiden preges mye av å bli *overlatt til deg selv når dagen er over*. Uttrykk som er brukt er: *en knyttneve i magen, vanskelig, og å gå i en vanvittig døs*.

To av deltakerne fortalte om søvnevansker på grunn av hendelsen. Den tredje sa at det *kan godt hende at dette kommer tilbake til meg*. En av dem fortalte at hun hadde mye mareritt, hvor den som hadde tatt livet sitt gjentok ting som han hadde sagt til henne i den siste samtalen. Hun fortalte: *«Jeg var oppe om natta. Jeg drømte om han, når jeg skulle opp om natta på toalettet, så så jeg han for meg liksom på sofaen. Det var ganske ille en periode.»* Det framkommer her at deltakeren ble rammet av plagsomme bilder knyttet til selvmordet. Tema for disse bildene ser ut til å inneholde en kopling mellom selvmordet og den siste samtalen med barneverntjenesten. Det kan tolkes som at skyldspørsmålet ikke bare kommer til uttrykk gjennom vanskelige tanker, men også kroppslig og følelsesmessig, gjennom disse bildene.

En kurator var deprimert en periode på grunn av hendelsen. En annen kurator opplevde en periode over fir år etter hendelsen, hvor hun ikke sov på flere døgn og hadde mareritt om den som hadde tatt livet sitt. Dette illustrerer hvordan opplevelsen av å miste klient i selvmord kan ha en stor påvirkning på livet til kurator, også lenge etter hendelsen.

3.2.3 Hjem og være mamma

Dette temaet dreier seg om kurators følelsesmessige håndtering og tanker om at jobben ikke skulle gå ut over familien. Overgangen mellom arbeidstid og fritid var et tema for alle deltakerne i undersøkelsen. En formidlet hvordan hun skånet familien gjennom ikke å snakke om hendelsen privat, fordi hun var redd for *å ta jobben med hjem*. Hun snakket etter hvert med noen familiemedlemmer, noe som hjalp henne.

En annen tok opp tema med taushetsplikt som et hinder for å fortelle om hendelsen hjemme. Hun sier det slik:

Jeg handlet og holdt på -... og gikk hjem. Det er jo taushetsplikt. Så jeg kan ikke snakke noe om dette her.... Sånn tidlig kveld så tenkte jeg: Herregud..., hva har jeg gjort? Nå har jeg bidratt til at han har tatt livet sitt.

Dette utsagnet illustrerer en situasjon hvor kurator ble overlatt til seg selv i opplevelsen «*kaos i hodet*». Denne «overlattheten» til seg selv ble ytterligere vanskelig ved å skulle ta hensyn til familien og fylle sin omsorgsrolle, når man selv er i kaos. En fortalte at seinere den dagen beskjeden kom, skulle hun «*hjem å være mamma. Det var jaggu ikke enkelt*». En annen beskrev det slik:

Hadde bare lyst til å stenge meg inne. Ikke gå ut. Hadde ikke lyst til å gå på jobb, ikke gå ut, hadde bare lyst...bare lyst til å gå i dusjen og stå der å gråte. Jeg hadde jo en treåring å tenke på.. Det kunne være sånn at jeg falt ut, ble helt fraværende da jeg satt der og lekte med han..... det var det verste... det var en tid hvor jeg vurderte å slutte her.- syntes ikke det var verdt å jobbe hvis det skulle gå utover familie.

Utsagnet peker på en trang til å isolere seg, og opplevelse av å være fraværende når hun var sammen med familien. Hun opplever på denne måten at hennes jobb gikk ut over familien, i tillegg til henne selv.

Etter hvert ble konsekvensene av hendelsen mer kamouflert, også for deltakerne selv. En fortalte at hun ble *sliten, frustrert, begynte å glemme* og var ikke *den man egentlig er*. Opplevelsene som følger av selvmordet fratok kuratorene *kreativitet og engasjement*. Ting fungerer ikke og «*uten en er klar over det, kan man komme inn i et sånn flatt spor*». Dette er konsekvenser som påvirket kurators liv, både med hensyn til overskudd, følelse av å miste seg selv, redusert arbeidskapasitet og tap av engasjement.

3.2.4 Tryggere på meg sjøl

Dette temaet dreier seg om deltakernes erfaring med personlig vekst, og opplevelse av å være tryggere på seg selv. Kuratorene fortalte at opplevelsen hadde endret dem. En sa at det var viktig å «*snu denne opplevelsen til å gjøre det om til en ressurs, slik at du kan fortsette her*». Hun følte at hun *skulle klart det* om det skulle skje igjen, og følte seg: «*tryggere på meg sjøl rett og slett.. som kurator og privatperson, som person mmgreit å at jeg gir meg lov til å gråte på jobb og hjemme.*»

Det fremkommer her at deltakeren opplever seg som mer trygg på seg selv og dette blir illustrert ved at hun gir seg selv lov til å gråte på jobb og hjemme. Her ligger en aksept for at jobben kan medføre grunner for å gråte, og at dette kan skje både på jobb og hjemme.

En annen *ville ikke vært erfaringene foruten*. Hun fortalte at hun hadde lært noe om seg selv, var ikke redd for å snakke om døden og var heller ikke redd for å si hva hun tenkte og følte. Dersom det skulle skje igjen ville hun vært *mye tøffere til å stille krav* til oppfølging fra jobben, bedt om en garanti for at hun kunne, ved behov, få samtale med *en utenfra*.

En av deltakerne sa at hun ikke vet hva som vil skje dersom hun igjen skulle oppleve å miste en klient i selvmord. «*Det kan være som å få en knyttneve i maven. Får bare vente å se.*» Denne deltakeren fortalte ikke, som de to andre, om en erfaring av ny trygghet. Hun formidlet en usikkerhet på hvordan hun ville reagere dersom det skulle hende igjen.

En kurator fortalte at hun hadde endret seg ved å bli mer sensitiv i møte med klienter. Hun tenkte seg om to ganger om før barneverntjenesten ba om et møte, og var mer forsiktig med

hvordan hun fikk fram budskapet. Hun sa: «*prøver å være så forsiktig jeg kan, men må jo gjøre jobben sin*».

3.3 Helhetsforståelse

Helhetsforståelsen var resultatet av den dialektiske prosess som skjedde gjennom den fenomenologisk hermeneutiske analysen. Gjennom først en *naiv forståelse* og deretter en *strukturell analyse* ble det utviklet et grunnlag for en ny mening og endret oppfatning. Gjennom spørsmålet om hvordan det oppleves å miste en klient i selvmord, og delene i analysemateriale, ble helhetsforståelsen av opplevelsen formulert slik: *En erfaring om kaos, følelsesmessig belastning og en mulighet for ny trygghet*.

Kurators personlige liv ble påvirket i form av vanskelige tanker omkring selvmordet, om egen skyld og egen yrkesutøvelse. Vonde følelser, depresjon og kroppslige uttrykk var plagsomme i seg selv, og en ekstra påkjenning var at det også gikk ut over familien deres. Deltakerne fortalte om en opplevelse av å ha blitt tryggere på seg selv og var mer forberedt på at et selvmord hos klient kunne skje igjen.

4 Diskusjon

Målet med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan kurators personlige liv påvirkes av å miste en klient i selvmord. Funnene drøftes i lys av de teoretiske referansene som ble presentert innledningsvis: Kunnskap om å miste klient eller pasient, tiltak ved kriser, ivaretagelse av etterlatte, og posttraumatisk vekst.

4.1 Kunnskap om å miste en klient eller pasient

Informantene i denne undersøkelsen opplever det å miste en klient ved selvmord som en følelsesmessig belastning, slik det også blir omtalt i flere studier innen terapifeltet. På samme måte som terapeuter, opplever kurator at hendelsen er forbundet med negative konsekvenser, som stress, skyld, påtrengende tanker og påminnere (Hendin, 2006, Hjort, 2006 og Bridge, 2007). Denne studien er også på linje med andre studier innen sosialt arbeid, hvor man har funnet benekting, tvil, sorg, tap, sinne, selvbebreidelse, skyld, profesjonell mislykkethet, inkompetanse, ansvar, isolasjon, unngåelsesatferd, påtrengende reaksjoner, endret yrkesatferd, rettferdiggjørelse og aksept (Sanders, et al. 2005 og Ting, et al. 2006). I forhold til den følelsesmessige belastningen kan dette tale for å benytte relevant kunnskap på tvers av profesjonene. Kanskje er ikke det å miste klient eller pasient så ulik for en terapeut, en barnevernkurator eller en annen hjelper?

En mulig forforståelse ville kunne være at psykiatere og psykologer ville oppleve skyld og skyldfølelse til forskjell fra hjelpere uten direkte psykiatrisk behandlingsansvar. Denne studien taler ikke for en slik forskjell, da spørsmålet om skyld er tydelig til stede blant deltakerne fra barneverntjenesten.

Kuratorene formidler at opplevelsen var brutal og overraskende, som en knyttneve i magen. Man kan spørre seg om de i utgangpunktet var for lite forberedt på muligheten for å oppleve å miste en klient i selvmord. Forskere har pekt på en manglende forberedelse for arbeid med

personer med selvmordsatferd hos noen sosialarbeidere (Sanders et al. 2005). I en undersøkelse om virkningene av klienters selvmord, kommer det fram at sosialarbeidere hadde større ettervirkninger enn personell fra psykisk helsevern. Dette kan ha sammenheng med mindre spesialisert opplæring i møte med selvmordsproblematikk (Gulfi, Castelli, Dolores, Heeb & Gutjahr, 2010).

Sosialt arbeid og barnevernsarbeid rettes ikke kun mot individet, men mot både familien og nettverket omkring. Å miste en klient i selvmord vil kunne medføre et stort ansvar for andre etterlatte barn, søsken, foreldre, ektefeller, venner osv. Man kunne for eksempel tenke seg en situasjon hvor en klient etterlot seg barn uten omsorgspersoner. Hvordan ville en slik situasjon påvirke kurators personlig liv? Det er mulig at kaoset og de følelsesmessige belastningene kunne blitt mer omfattende. Muligheten for å bearbeide hendelsen for sin egen del ville kunne stå i fare for å bli skjøvet til side. Spørsmål om hvorfor vedkommende tok livet sitt og spørsmålet om kurators skyld, kunne blitt påvirket. Muligheten for å bearbeide egne tanker og følelser kunne også blitt styrket ved mye kontakt med andre etterlatte. Denne studien belyser ikke dette, siden deltakerne ikke beskriver slike forhold.

4.2 En rystelse og en krise

Opplevelsen av kaos og følelsesmessig belastning i form av å være *rystet* kom fram blant annet i uttrykket *en knyttneve i magen*, og ved en trang til å stenge seg inne og ikke gå ut eller på jobb. Andre har beskrevet en følelse av at verden ble forandret, ingenting var forutsigbart lenger, og det var ikke lenger trygt å anta noe. Bare det å være på jobb, følte utrygt (Rycroft, 2005).

Ordet *krise* er også benyttet av deltakerne. Kriser forstås som hendelser som kan true eller svekke viktige funksjoner og verdier. Tap av viktige funksjoner kommer fram ved deltakernes fortelling om at hendelsen rammet deres mulighet til å ivareta foreldrerollen overfor egne barn. De forteller også at rollen som kurator ble svekket ved tap av engasjement og kreativitet. Tap av viktige verdier knyttes til tap av trygghet og engasjement. Dette kan ha

sammenheng med at hjelperen er stilt overfor eksistensielle tema som død, frihet, ensomhet og mening, og at hendelsen kan innebære tap av en grunnleggende tillit. Dette leder igjen til sorg over illusjoner og sikkerhet som er borte (Antonovsky, 2004, Davidsen-Nielsen og Leick, 2001 og Bang, 2003).

Bang (2003) skriver at *den akutte dype rystelsen* vil ofte bære preg av at begivenheten kommer overraskende på behandleren. Hun mister kontrollen og opplever kanskje angst, redsel, hjelpeløshet, ubehagelige kroppsreaksjoner, og vansker med å være ordentlig til stede. Opplevelsen trenger seg på og stjeler energi. Neglisjerer man den, vil det stoppe den prosessen som er nødvendig for ikke å bli hemmet som profesjonell helper i møte med andres smerte. Konsekvensene ser ikke ut til å gå over bare ved at tiden går, noe også andre undersøkelser har pekt på (Sanders et al, 2005). Informantene beskrev at påvirkningen av hendelsen ikke gikk over, men kom tilbake. Det fortelles om reaksjoner også etter lang tid, som mareritt, søvnproblemer, ikke klare å plassere hva som skjedde og tap av engasjement.

Både det tankemessige kaoset og de følelsesmessige konsekvensene som kom fram i undersøkelsen, omtales også som vanlige etterreaksjoner hos etterlatt ved selvmord. Både sjokk, tankekaos og «hvorfor»- spørsmål, er gjenkjennelige i materialet. Også følelsene og de kroppslige reaksjonene som skyldfølelse, søvnforstyrrelser, angst, sårbarhet, konsentrasjonsvansker, sinne og tilbaketrekking (Helsedirektoratet, 2011, Etter selvmordet). Deltakerne i studien forteller ikke direkte om savn, som er en vanlig følelse for etterlatte ved selvmord. Dette kan handle om at relasjonen ikke er like viktig for den profesjonelle hjelperen som for den nære familie og private nettverk. Studiets empiri gir mening til å benytte begrepet *etterlatt*, også om den profesjonelle hjelperen.

4.3 Overgang mellom jobb og familieliv

Et tema kuratorene brakte fram er ikke mye omtalt i forskningen på dette området. Det gjelder forholdet til egen familie og overgangene fra jobb til rollen som forelder/ mamma. Kaoset og de følelsesmessige belastningene som rammer kurator, rammer indirekte også familien. Når

mor var deprimert, sliten og fraværende, gikk dette også ut familien. En kurator opplevde depresjon, søvnproblemer og angst. Hun sa likevel at det aller verste var at sønnen ble rammet ved hennes manglende mentale tilstedeværelse. Hun tenkte på å slutte i jobben for at ikke familien skulle rammes på denne måten. Også en annen forteller at det var vanskelig å være mamma i tiden etter selvmordet, og at overgangene fra arbeidsdag til mammarolle var krevende. Omsorg og bekymring for egen familie viser seg å være en viktig del av det å bli rammet som hjelper.

Deltakerne brakte også fram i hvilken grad de snakket med sin egen familie for å bearbeide det tankemessige kaoset og de følelsesmessige belastningene. En kurator ville ikke snakke med dem hjemme om hendelsen, fordi hun ikke ville ta jobben med hjem. En annen sa at hun har taushetsplikt og kunne ikke snakke med noen om dette. Både taushetsplikt, og ønske om å skåne familien, kan ligge bak et forsøk på ikke å la hendelsen få plass i det private liv.

Mesel omtaler noe av det samme i sin forskning om sykehuslegers profesjonsetikk: «*å forsøke å gjøre et slags skille mellom den private og den profesjonelle rollen, for den måten å mestre det emosjonelle presset. Det er en strategi som synes å ha liten suksess*». (Mesel, 2009, s 262). Mesel (2009) refererer også til leger som *ikke* vil skille mellom det private og det profesjonelle, men tar med seg tingene hjem for å bearbeide der. Grunnen er at det er hjemme de har anledning og rom for å bearbeide det emosjonelle presset, i motsetning til på jobben. En annen studie fant at to tredjedeler av psykiatriske sykepleiere og sosialarbeidere opplevde å få støtte av familie og venner, etter å ha mistet klient i selvmord (Linke, Wojciak & Day, 2002). Liknende erfaring finnes hos deltakerne i denne studien. En fortalte at hun var tryggere på seg selv som kurator, privatperson og person, og illustrerer dette ved at hun gav seg selv lov til å gråte på jobb og hjemme. Hun fortalte at hun først var motvillig til å snakke med familien sin. Etter hvert fikk hun god hjelp ved å snakke med både mor og ektefelle om opplevelsene. Dette kan illustrere en erfaring hvor strategien om å skille jobb og fritid ikke førte fram, og at nye strategier måtte tas i bruk.

Deltakernes erfaringer med å bearbeide opplevelsene i familien, synes å stå i motsetning til Bangs (2003) syn på veiledning og bearbeiding. Bang taler heller for en følelsesmessig bearbeiding som en del av den profesjonelle rollen, med støtte i veiledning. Kanskje deltakernes erfaringer handler om å finne hjelpen, der den er tilgjengelig? Det kan være at i ett tilfelle vil hjelpen være mest tilgjengelig på arbeidsplassen, mens andre ganger i familien, eller i andre nettverk. Det er ikke dermed sagt at ulike arenaer for bearbeiding er like hensiktsmessig. Kanskje er det slik som Bang hevder (2003). Nemlig at en god mentalhygiene innebærer at arbeidsplassen gir anledning til følelsesmessig bearbeiding og gode overganger.

4.4 Vekst og ny trygghet

Å oppleve selvmord hos klient har også i seg en mulighet for vekst. Dette ble beskrevet som å bli tryggere på seg selv, lære noe om seg selv, ikke være redd for å snakke om døden, ikke være redd for å si hva en mener og gi seg selv lov til å gråte. To av deltakerne beskrev en tro på at de skulle håndtere å miste klient i selvmord, for sin egen del, om det skulle skje igjen. De formidler også at de er mer sensitive i møte med klientene.

Selvordet erfares som en traumatisk opplevelse som også gir en mulighet til en posttraumatisk vekst (Hafstad og Siqueland, 2008). Dette kommer fram gjennom deltakernes formidlede nye trygghet og en dypere forståelse av seg selv, livet og døden. Et sterkt utsagn om dette er når en deltaker forteller at hun ikke ville vært opplevelsen foruten, selv om hun gjerne ville at personen fortsatt levde.

Antonovsky (2004) omtaler en global innstilling og tillit til at både ens indre og omgivelsene er forutsigbare og at alt sannsynligvis vil gå så godt som det er rimelig å forvente. Denne beskrivelsen kan kanskje illustrere situasjonen før opplevelsen, og situasjonen etter bearbeidelsen. Det var denne tilliten som ble borte når rystelsen traff, som et jordskjelv som tar gulvet bort. Når det så er på plass igjen, er det mer solid og bygget for å tåle nye rystelser. Særlig to av deltakerne i studien ser ut til å erkjenne selvmord som en mulighet i omgivelsene og ha tillit til sin egen evne til følelsesmessig å håndtere en slik hendelse.

4.5 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet

Studiets hensikt og styrke er at den undersøker og beskriver hvordan det oppleves for kurator i barneverntjenesten å miste klient i selvmord, noe som tilsynelatende har vært lite i fokus forskningsmessig. Alle de tre intervjuene fikk fram rike fortellinger med nyanser om deltakernes følelser, tanker og handlinger knyttet til sin egen opplevelse.

Troverdighet dreier seg om hvorvidt funnene omhandler det man studerer, nemlig deltakerne sin egen erfaring knyttet til denne spesielle hendelsen. Det styrker studiens troverdighet at deltakerne fikk fortelle om sine opplevelser mest mulig fritt, med få avbrytelser og begrenset bruk av oppfølgingsspørsmål. Eventuell bruk av fokusgruppeintervju kunne skapt dynamikk og kreativitet. Samtidig kunne det begrenset den frie fortelling, om et mulig vanskelig og tabubelagt tema.

Gyldigheten styrkes ved at analysen er foretatt i felleskap, med metodefaglige overveielser for å sikre at undertema og tema representerte det de skulle. Det innebærer at metoden er relevant for det vi søker kunnskap om (Malterud, 2003). For å sikre gjennomsiktighet ved analysen, redegjøres det for forskernes bakgrunn og forforståelse (Malterud, 2003). Funnene er presentert så tekstnært og fullstendig som mulig.

Studien har også flere begrensninger. Først og fremst ved et begrenset utvalg på tre kvinner, som ikke kan representere samtlige kuratorer, og heller ikke begge kjønn. En mulig begrensning ved metoden er at den i siste trinn sammenfatter en helhetsforståelse med begrenset rom for nyanser og motsetninger. Det kunne ha styrket gyldigheten av analysearbeidet at vi selv hadde foretatt transkriberingen og kunne husket momenter som var oppklarende eller hadde betydning (Malterud, 2003). Til tross for dette ble arbeidet utført av ekstern konsulent, fordi det var tidkrevende.

Overførbarhet omhandler hvorvidt funnene kan ha gyldighet også utover det konkrete utvalget studien omhandler (Malterud, 2003) I kvalitative studier gjør man bruk av analytisk

overførbarhet ved å sette funnene i relasjon til relevant tidligere forskning, teorier og / eller modeller (Kvale og Brinkmann, 2009). På grunnlag av en detaljert beskrivelse av intervjuundersøkelsen kan leseren selv vurdere om resultatene kan overføres til en ny situasjon.

Undersøkelsen omhandler et område det finnes begrenset kunnskap om, til tross for at selvmord hos klient ikke er uvanlig. Funnene fra undersøkelsen kan derfor være av interesse for andre som ønsker å fokusere på mulige arbeidsbelastninger for ansatte i barneverntjenesten. Dette kan gi kunnskap med tanke på å forebygge emosjonelle belastninger og ivareta ansatte. Det kan også være relevant for dem som gir opplæring. Ansatte som erfarer å miste klient i selvmord, kan også finne gjenkjennelse og økt forståelse av seg selv. Å forstå kan styrke følelse av sammenheng, og styrke mulighet for bearbeidelse og vekst. Funnene kan gi grunnlag for videre forskning rettet mot ivaretagelse av ansatte. Det kan også bidra til å reise spørsmål om behov for selvmordkunnskap i barneverntjenesten, som tema for videre studier.

5 Konklusjon

Åpne intervju og en fenomenologisk hermeneutisk analyse har frambrakt ny kunnskap om et lite undersøkt tema, innen barnevernsarbeid. Å miste klient i selvmord synes å være en rystende opplevelse og en krise. Undersøkelsen viste at kurators liv påvirkes personlig på mange ulike måter. Overgangene fra jobb til familieliv var vanskelig. Hendelsen påvirket kurator sterkt, noen også flere år etter hendelsen. Dette kom til uttrykk ved mareritt, sykemelding og tap av engasjement. Påvirkningen av å miste klient i selvmord kan forstås som *en erfaring om kaos, følelsesmessig belastning og mulighet for ny trygghet*.

Funnene i denne studien sammenfaller godt med studier fra andre hjelpeprofesjoner, noe som kan tale for å benytte kunnskap mellom profesjonene. Reaksjonene som kommer fram i studien kan falle sammen med vanlige reaksjoner ved kriser og traumatiske hendelser, og vanlige reaksjoner hos etterlatte ved selvmord.

Studien bringer fram erfaringer om tap av verdier som tillit og trygghet. Deltakerne forteller om å miste denne tryggheten i perioder. Noen forteller også om å bli tryggere på seg selv som person, og at opplevelsen har lært dem noe viktig og bidratt til en dypere trygghet og personlig vekst.

Litteraturliste

- Antonovsky, A (2004): Helbredets mysterium. At tåle stress og forbli rask. København: Hans Reitzels Forlag
- Bang, S. (2003). Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning. Oslo: Gyldendal akademisk
- Barnevernloven (1992). LOV 1992-07-17 nr. 100: Lov om barneverntjenester, Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (§ 1-1)
- Bersoff, D.N. (1999). Ethical colfflicts in psychology (2nd ed.). Washington, DC: American Pyschological Assosiation
- Biong, S. & Ravndal, E. (2007). Young mens experiences of living with substance abuse and suicidal behavior. *Int. J. Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), s 246-259.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*. Vol. 52 (1), Jan 2007, s 63-70.
- Daidsen-Nielsen, M. & Leick, N. (2001). Den nødvendige smerte. København: Gyldendal
- Dyregrov, A, Dyregrov K. & Nordanger D. (2002) Praktisk organisering av psykososialt støttarbeid: Hvordan kan vi unngå de viktigste feilene? *Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2002, 10 (1) s 11-13.
- Gulfi, A., Castelli D., Dolores A., Heeb, J.L.,& Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Vol. 31(4), s 202-210.
- Hafstad, G.S. & Siqveland, J. (2008). Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 45 (12), s 1507-1511.
- Halvorsen, A. & Gjedrem J. (2006) *Bedre praksis i sosialt arbeid*, Oslo: Universitetsforlaget AS
- Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*, IS-1898, Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*, IS-1810, Oslo: Helsedirektoratet
- Helsinkedeklarasjonen (2008)[elektronisk versjon, nedlastet 19.04.12](artikkel 22). <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Hendin, H. (2006). Terapeuter som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, 11 (3): 26-29.
- Hjort, H. (2006). Den etterlatte terapeuten. *Suicidologi*, 11 (2), s 3-6.

Husserl, E. (1982). *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*. Den Haag: Martinus Nijhoff

Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. *Omega: Journal of Death and Dying*. Vol. 49 (3), s 237-248.

Kleespies, P.M. (1993). The stress of patient suicidal behavior: Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, s 447-482.

Kristofersen, L. B. (2005). *Barnevernbarnas helse, uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. NIBR-rapport 2005:12. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Linke, S., Wojciak, J. & Day, S. (2002). The Impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatrist Bulletin* 2002, 26 s 50-52.

Leer- Salvesen, P. (2002). *Min skyld*. Skien: Verbum forlag

Lindseth, A. & Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, s 145-153.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (2. utg)*. Oslo: Universitetsforlaget

Mäkinen, I.H. (2009). Social theories of suicide. In Wasserman, D. and Wassermann, C. (Ed). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press

Mesel, T. (2009). *Legers profesjonsetikk. Refleksjon og mestring i en sykehuskultur*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Norges offentlige utredninger [NOU] 2009:08 (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet*. Oslo: Barne,- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet

Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press

Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth: Texas Christian University Press

Rycroft, P. (2005). *Touching the Heart and Soul of Therapy: Surviving Client Suicide*. In Weiner, K. M. [Ed]. *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. New York: Haworth Press

Sanders, S., Jacobson, J. M. & Ting, L. (2008). Preparing for the Inevitable: Training Social Workers to Cope with Client Suicide. *Journal of Teaching in Social Work*. Vol. 28 (1-2) 2008, s 1-18.

Sanders, S., Jacobson, J. & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *Omega: Journal of Death and Dying*. Vol.51(3), s 197-216.

Shneidman, E.S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 11, s 325-340.

Statens helsetilsyn (2000). *Handlingsplan mot selvmord – sluttrapport*. 3.2000. Oslo

Ting, L., Jacobson, J. & Sanders, S.(2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social Work*. Vol.53(3), Jul., s 211-221.

Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. & Power J.R (2006). Dealing with the Aftermath: A Qualitative Analysis of Mental Health Social Workers' Reactions after a Client Suicide. *Social Work*. Vol.51(4), Oct., s 329-341.

Vråle, G. B. (2009) *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3. Utg) Oslo: Gyldendal akademisk

WHO (2006). *Preventing Suicide. A Resource for counselors*, Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse. *Management of Mental and Brain Disorders*, World Health Organization

Vedlegg 1

Til barnevernkurator

Kristiansand 05.05.11

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Selv mord som tema i barneverntjenesten

18 av 46 kuratorer opplevde å miste klient i selvmord. Dette kom fram i en undersøkelse om holdninger til selvmord i en kommunal barneverntjeneste. Disse funnene danner bakgrunnen for nye spørsmål om hvordan kurator opplever og hvordan de ivaretas når klient tar sitt liv.

Vi henvender oss til deg med spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt, dersom du har opplevd å miste klient i selvmord. I denne forskningen utvider vi klientbegrepet til også å omhandle primærklientens søsken og foreldre/foresatte.

Vi har vært i kontakt med (*barnevernlederens navn tatt ut*) som gir sin støtte til at din arbeidsplass deltar i dette prosjektet.

Hvorfor bør prosjektet gjøres?

Innsikt i hvordan kurator erfarer det å miste klient i selvmord, kan gi økt forståelse og kunnskap. Hvordan den enkelte håndterer dette i sitt arbeid kan få betydning for yrkesutøvelsen videre. Organisasjonens rolle vil også være av interesse.

Økt kunnskap vil kunne være grunnlag for økt bevissthet, endret praksis og eventuell rutineutvikling innen barneverntjenesten. Kunnskapen vil også kunne bidra til bedre ivaretagelse av ansatte.

Vårt forskningsspørsmål er:

Hva erfarer kurator i kommunal barneverntjeneste når klienter tar sitt eget liv?

Hvordan konstrueres mening om disse erfaringene?

Hva innebærer det å delta?

Vi ber deg om å delta i et intervju om dine erfaringer med å miste klient i selvmord. Vi avtaler tidspunkt med deg direkte (varighet: en til halvannen time). Det er avklart med din leder at intervjuet kan gjennomføres i din arbeidstid og på din arbeidsplass. Intervjuet blir tatt opp på diktafon og vil bli transkribert.

Det kan oppleves som belastende å snakke om slike erfaringer. Vi håper likevel at du kan ta den tiden og belastning dette eventuelt innebærer, for på den måten bidra til økt forståelse og kunnskap.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil tas opp på lydbånd og bli transkribert. Ingen andre enn den som transkriberer og prosjektmedarbeiderne (undertegnede og veileder) vil ha tilgang til intervjuet. Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og tjenestested. Lydfil og transkribert utskrift blir slettet ved avslutning av prosjektet. Studien er godkjent av personvernombudet for forskning (NSD).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Reglene er slik at du når som helst, uten å oppgi noen grunn, og uten konsekvenser kan trekke ditt samtykke til å delta. Alle data om deg vil da slettes.

I forbindelse med Mastergradstudie i Psykososialt arbeid, selvmord, rus, vold og traumer ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, ønsker vi å øke forståelsen av møte med selvmord som tema i barneverntjenesten. Til daglig jobber vi ved RVTS Sør, regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Veileder for prosjektet er førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud, Stian Biong. Mail: stian.biong@hibu.no Telefon: 32 20 64 00.

Dersom du ønsker å delta ber vi deg sende svar pr. mail eller telefon til undertegnede innen 25.mai. Samtykke- erklæring undertegnes når vi møtes i forbindelse med intervjuet.

Dato/ Navn:

Jeg er informert og samtykker i å delta i forskningsprosjektet.

Vennlig hilsen

Anne-Lill Haddeland

Mobil 92 87 02 56

anne-lill.haddeland@bufetat.no

Mastergradsstudent

Psykososialt arbeid, selvmord, rus, vold og traumer

Det medisinske fakultet

Klinikk for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Ingrid Sæbø Møllen

Mobil 92 87 02 61

Ingrid.sabo.mollen@bufetat.no

Mastergradsstudent

Psykososialt arbeid, selvmord, rus, vold og traumer

Det medisinske fakultet

Klinikk for klinisk medisin

Universitetet i Oslo