

Bacheloroppgave i sykepleie

SY180H 000

Kandidat nr.

7 & 33

Selvskading

Kull 07 Høst

Leveret 30.04.2010

En selvskaders tanker

”Ambulansen var på vei. Jeg var lettet, følte at jeg endelig kom til å bli reddet. Hvis jeg besvimte, skulle sterke menn i refleksdrakter slå inn døren og hente meg ut. Jeg skulle klare meg. Mennene i de hvite frakkene hadde magiske hender, de skulle sørge for at det ikke rant ut av meg. Livet, som alle sa var så verdifullt. Jeg kunne ikke miste det nå. Ambulansen var på vei” (Åkerman, 2005:5).

”Jeg kan ikke føle noe lenger.
Gleden er ikke ekte.
Sorgen har jeg vent meg til.
Redselen er tom.
Uroen merkelig.
Raseriet langt borte.
Trøttheten forsvunnet.
Sulten uvirkelig.
Kjærligheten er glemt.
Smerten er temmet.
Mettheten har fløyet.
Energien finnes ikke.
Kulden spiller ingen rolle.
Motet har jeg aldri hatt.
Håpet har jeg kvittet meg med.
Viljen er meningsløs.
Si meg, er jeg allerede død, eller venter jeg bare?”

Av Sofia Åkerman (2005:8)

Oppgaven inneholder 10473 ord.

1.0 INNLEDNING	
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	4
1.3 Første møte med selvskading.....	5
1.4 Avgrensninger.....	6
1.5 Hensikt med oppgaven.....	6
2.0 VALG AV METODE	
2.1 Metodepresentasjon.....	7
2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	7
2.3 Intervju.....	8
2.4 Metodekritikk.....	9
2.5 Fenomenologisk-hermeneutikk.....	9
2.6 Etske overveielser.....	10
3.0 TEORIDEL	
3.1 Selvskading, hva er det?.....	11
3.1.1 Forskjell mellom selvskading og selvmord/selvordsforsøk.....	11
3.1.2 Hvem skader seg selv og hvorfor?.....	13
3.2 Mestring.....	14
3.3 Miljøterapi.....	15
3.4 Teoretisk forankring; presentasjon av Travelbees tenkning.....	16
4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN	
4.1 Hvorfor utøves selvskading?.....	18
4.2 Rutiner ved avdelingene før, under og etter selvskading.....	20
4.3 Er sykepleierne i avdelingen samkjørte i forhold til holdninger og handlinger i møte med selvskading?.....	22
4.4 Tillates pasienten å ha utstyr for å kutte seg på rommet?.....	24
4.5 Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe til endret mestring?.....	26
5.0 OPPSUMERING AV FUNN.....	31
6.0 LITTERATURLISTE.....	32
6.1 Selvvalgt litteratur.....	34
VEDLEGG	
Intervjuguiden	
Skjema for innhenting av data	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Travelbee's definisjon av hva en sykepleier er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen, 2005:27).

I vår praksis i psykiatrien fikk selvskading et stort fokus. Vi hadde begge lest og hørt om selvskading tidligere, men ikke opplevd så mye innen dette teamet før vi kom ut i psykiatrisk praksis. Etter å ha møtt selvskading på nært hold vil vi med dette temaet prøve å få en bedre forståelse av hvorfor et menneske skader seg selv. Samtidig lære mer om hva vi som sykepleiere kan gjøre for å lære selvskadere andre mestringsstrategier for å oppnå kontroll.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen vår er:

Hvorfor utøves selvskading, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe til endret mestring?

1.3 Første møte med selvskading

Før jeg kom ut i psykiatripraksisen hadde jeg aldri møtt og sett mennesker som skader seg selv så alvorlig. På en kveldsvakt skulle jeg få mitt første møte med selvskading.

En pasient kom inn på avdelingen, hun hørte på musikk og snakket til personalet når hun kom inn og gikk videre til rommet sitt. Pasienten var kjent på avdelingen for å kunne skade seg selv, hun virket ikke berørt, og ingen av personalet hadde registrert noe som kunne tyde på at denne pasienten ikke hadde det bra. Pasienten ble værende på rommet sitt og da det var tid for å spise kveldsmat gikk en av sykepleierne og banket på døren til pasienten, men fikk ikke noe svar. Sykepleieren gikk inn på rommet, men kom raskt ut igjen og ropte på hjelp. Det gikk kaldt nedover ryggen på meg for jeg forsto med en gang hva dette gjaldt. Samme situasjon hadde skjedd tidligere da var det flere på jobb, men jeg hadde ikke trengt å ta del i situasjonen før. Den andre sykepleieren hentet frem førstehjelpsskrinet som de alltid har stående klar på medisinerrommet, og sprang inn på rommet. Hun kom ut etter en liten stund og sa at jeg måtte gå inn og hjelpe sykepleieren som var der inne mens hun skulle ringe etter ambulanse.

Jeg hadde aldri kunne forestille meg hvordan det var å skulle få se det jeg fikk sett. Akkurat i denne situasjonen, nå, var det ikke tid til å tenke på det, det var bare å hjelpe sykepleieren som var inne på rommet med pasienten til ambulansen kom.

Etter ambulansen hadde hentet pasienten, og roen hadde senket seg begynte jeg å tenke. Hva var det som fikk henne til å gå til det skrittet å skade seg selv? Hva var det som fikk henne til ikke å søke hjelp hos personalet når hun var klar over at det finnes andre mestringsstrategier, og mennesker som vil hjelpe henne med disse?

1.4 Avgrensninger

Vi retter fokus mot pasientenes grunner til å skade seg selv og muligheter til opplæring av andre mestringsmåter.

Avgrensningene er satt til å gjelde pasienter som er innlagt på psykiatriske sykehus, for det er der vi føler at vi har mest erfaring innen temaet og har lyst til å lære mer.

Et psykiatrisk sykehus er et sykehus som spesialiserer seg på psykiske lidelser.

Psykisk helsevernlov sier at alle med psykiske lidelser har krav på pleie, omsorg, undersøkelser og behandling der dette kreves (psykisk helsevernlov 2007).

Det finnes mange former for selvskading, men på grunn av oppgavens størrelse og tiden som den skal skrives på har vi valgt å avgrense temaet selvskading til bare å gjelde kutting. Kutting er en av de mest vanligste formene for selvskading (Thorsen, 2006). Vi har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde jenter mellom 18-30 år, da det var denne gruppen som var tilstede da vi var i praksis. Vi har også valgt å skrive hun når vi refererer til pasientene i drøftingen da det er jenter som er størst representert som selvskadere (Øverland, 2006).

Vi vet at selvskading er et symptom som gjerne kan sees ved ulike diagnoser. Ofte er adferden relatert til for eksempel personlighetsforstyrrelser, borderline eller depressive tilstander (Henriksen, 2007). Vi kommer bare til å konsentrere oss om selve skadingen og går ikke inn på andre diagnoser.

Siden vi ikke får lov til å intervju pasienter har vi lest boken "sebrapiken" av Sofia Åkerman som setter oss inn i en selvskaders verden av tanker og følelser.

1.5 Hensikt med oppgaven

Vi har valgt dette temaet på grunn av opplevelsene våre fra praksis, og har kommet ut med den oppfatningen at det er et veldig spennende og interessant tema vi vil lære mer om. Etter praksisperioden i psykiatrien satt vi igjen med flere ubesvarte spørsmål. Hensikten med denne oppgaven er å få nye kunnskaper, og prøve å få svar på de ubesvarte spørsmålene som vi har stilt oss selv.

2.0 Valg av metode

2.1 Metode presentasjon

Aubert definerer metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007:81).

Metoden vi velger sier noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss kunnskap, eller bruke kunnskap som allerede eksisterer. Dette kan hjelpe oss å få belyst spørsmålene våre på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitative og kvantitative metoder er begge metoder som skal hjelpe oss til å bedre forståelsen av det samfunnet vi lever i. Hvordan vi handler og samhandler med andre både som enkeltmennesker og i grupper.

Kvalitative metoder tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste.

Kvantitative metoder er den metoden som brukes for å lage målbar informasjon, som å finne gjennomsnitt og prosenter av det stoffet som er samlet inn (Dalland, 2007).

Metoden vi har valgt å bruke er kvalitativt litteraturstudie og kvalitativt intervju.

Vi valgte litteraturstudie da det allerede er skrevet en del om dette temaet, og vi er ikke ute etter å finne ut nye metoder innen selvskading. Vi har bare lyst til å lære mer om emnet utover det vi allerede vet, og lærte i praksis. Det finnes en del forskning rundt temaet som er av stor interesse.

Litteraturen er et naturlig supplement til opplysningene innhentet fra informantene. Dalland (2007) sier at litteratur er et viktig fundament for nærmest alle studentoppgaver. Litteraturen inneholder kunnskapen oppgaven bygges på, og som man drøfter opp mot. Dalland mener at vår egen forforståelse kan være begrenset, og at bruk av litteratur kan åpne for flere perspektiver.

Vi vil ha med noen intervjuer for å få innblikk i hvordan det arbeides med selvskading på psykiatriske sykehus. Dette vil gi oss innblikk i hvordan personalet arbeider og legger opp behandlingsplanene til pasientene (Dalland, 2007).

2.3 Intervju

Hensikten med vårt kvalitative forsknings intervju er å få tak i informantens beskrivelse av rutiner i avdelingen og hvordan de gjør det i arbeidet med selvskading. Målet med intervjuet er å få kvalitativ kunnskap gjennom et vanlig språk. For å få en dekkende beskrivelse, er det da viktig å stille utfyllende spørsmål. Det er derfor viktig å følge godt med på hva som blir sagt slik at informanten kan oppfordres til enhver tid til å gi en dekkende beskrivelse (Dalland, 2007).

Planen var å intervju 2-4 sykepleiere siden vi skal se dette ut fra et sykepleierperspektiv. Vi brukte båndopptaker for å få med alt intervjuobjektene sa, for at vi da lettere skulle kunne ha full oppmerksomhet på dem. Vi gjorde og intervjuobjektet oppmerksom på at alt som ble brukt skulle anonymiseres, og at hun hadde den fulle rett til å trekke seg fra intervjuet om dette ble ønskelig. Alt stoff som ble samlet inn skulle etter bruk bli makulert og slettet.

Intervjuguiden ble sendt til avdelingene i god tid så de fikk tid til å finne kvalifisert personale som kunne svare på våre spørsmål. Intervjuene ville ikke bli gjennomført om ikke vi fikk samtykke fra avdelingene og intervjupersonene før tidsfristen.

2.4 Metodekritikk

Vi hadde ikke anledning til å hente inn informasjon fra pasienter eller pårørende siden oppgaven vi jobber med er på bachelornivå. Vi kunne dermed bare innhente den informasjonen som vi var ute etter hos sykepleiere som jobbet ved avdelingene med vår problematikk. Dette kan ha medført at informasjonen som vi har fått er blitt noe unyansert, og at utfallet muligens hadde blitt annerledes om vi hadde intervjuet pasienter og pårørende. Noen av våre spørsmål dreide seg om rutiner og holdninger på avdelingene. Vi ser derfor at avdelingenes holdninger må vike litt for sykepleiernes egne meninger og holdninger. Vi regner også med at intervjutidspunktet kan ha noe å si for hva svarene ble, da situasjonene ved avdelingene skifter hele tiden.

Vi fikk bare tillatelse til å intervju på to avdelinger, så våre funn kan ikke anses som en allmenn forståelse av spørsmålene. Intervjuene var korte, og vi hadde ingen oppfølging etter det. Det er derfor mulig at vi kunne ha fått andre og mer utfyllende svar om vi hadde hatt et lengre intervju, og hadde latt intervjupersonen fått reflektert over de spørsmålene vi hadde, om mulig da hatt ett oppfølgingsintervju.

Oppgaven skal skrives ut fra en sykepleiers perspektiv. Det viste seg vanskelig å finne litteratur om selvskadning som er skrevet ut ifra sykepleieforskning. Vi har derfor valgt ut bøker om temaet som er skrevet av- og for behandlere.

2.5 Fenomenologisk-hermeneutikk

Dalland (2007) mener at som menneske er vi målrettede vesen. Vi omgir oss med ting som betyr noe for oss, vi forsøker å forstå den verden vi lever i, for å leve i harmoni med den. Fenomenologisk-hermeneutikk er en metode som vi bruker til å tolke data.

Fenomenologi er læren om det som kommer til syne og viser seg. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Våre informanter gir oss et bilde på hvordan de opplever fenomenet selvskadning, og hvordan de opplever avdelingens samlede holdning.

Hermeneutikk dreier seg om å tolke og forstå fundamentet for menneskelig eksistens. Metoden er derfor viktig for alle som skal forberede seg til å arbeide med mennesker.

Forskere som ser på en oppgave med hermeneutisk syn nærmer vi oss det som skal utforskes med vår egen forforståelse av saken. De ressursene som vi sitter inne med er ikke noe hinder for å tolke og forstå fenomenet som vi står over for. Hele tiden bruker forskeren sin egen forforståelse som et verktøy i tolkningen.

Det sentrale i hermeneutikken er at enkeltdeler må forstås i lys av helheten de hører hjemme i. I denne prosessen veksler vi mellom å se helheten og å studere enkeltdeler. Også kalt den hermeneutiske spiralen.

Metoden er anvendelig når oppgaven er å forstå, tolke og å finne mening og hensikt (Dalland, 2007).

Gjennom intervju, litteraturstudie og vår egen forforståelse vil vi prøve å finne en helhet i den problemstillingen som vi har. Våre funn blir hovedsakelig basert på subjektive uttalelser, og undersøkelsen har derfor ikke validitet i den positivistiske forstand, hvor resultatet må være målbart, og forklares med årsaksvirkning.

2.6 Etiske overveielser

Vi er ikke ute etter å forske ut ny kunnskap på området, men å lære mest mulig for vår egen del. Vi skriver denne oppgaven for at vi skal lære mer om selvskading, og håper at denne oppgaven kan komme til nytte for andre studenter som er interessert i samme tema. Ut over det tror vi ikke at denne oppgaven blir til nytte for intervjupersonene våre da det er det de sier som blir brukt i drøftingen vår.

3.0 Teoridel

3.1 Selvskading hva er det?

Thorsen (2006:5) har laget en definisjon av selvskading:

”Selvskading er handlinger som innebærer at individet påfører seg selv skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle eller overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt.”

Det er mange former for selvskading. Sommerfeld & Skårderud (2008) har laget et skille ved å kalle den ene formen for ”ikke-direkte-selvskading” og ”direkte selvskading”. ”Ikke-direkte-selvskading” er destruktivt for helse og liv men tas ikke like alvorlig av samfunnet. Eksempler på dette er: røyking, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, risikoadferd og ødeleggende relasjoner. ”Direkte selvskading” handler om og aktivt skade kroppen sin med kutting, skolding og brenning, å påføre sin egen kropp sår, smerter og skader. I noen kulturer kan dette være akseptert, mens andre kulturer ser alvorlig på selvskading og mener at de som skader seg trenger et profesjonelt hjelpeapparat rundt seg.

3.1.1 Forskjell mellom selvskading og selvmord/selvmordsforsøk.

Det er viktig å skille mellom selvskading og selvmordsforsøk for det er ikke det samme. Selvskading kan ende med selvmord, uten at det var planlagt.

En som ønsker å ta selvmord ønsker å dø, for slik de ser det er alt håp ute. Mens en som selvskader seg selv er ute etter å lette på de følelsene og tankene som de har for å kunne fortsette å leve. De er ikke ute etter å gjøre ende på alt men å lette på trykket inne i seg selv. Selvskading hjelper dem å komme seg igjennom de vanskelige øyeblikkene (Thorsen, 2006). Mennesker som selvskader gjør dette fordi det hjelper dem til å føle seg vel i en periode, og til å mestre vanskelige følelser. De følelsene som de hadde og som de ikke fikk satt ord på eller fikk støtte til å håndtere da de hadde det vanskelig, ble til at de måtte mestre situasjonen på en måte som de følte de hadde kontroll over. Kroppen var der og de hadde kontroll på den, dermed ble det til at den kunne skades uten at andre måtte lide (Arnold & Magill, 2005).

Selvskading	Selv mord
<p>Regulering av følelser</p> <p>En sentral hensikt ved selvskading er å regulere ubehagelige følelser.</p>	<p>Løsningen</p> <p>Selv mord vurderes som beste løsning på det personen opplever som en uutholdelig livskrise.</p>
<p>Endring</p> <p>Mål for den selvdestruktive handling er endring av bestemte følelser, situasjoner eller relasjoner.</p>	<p>Avslutning</p> <p>Mål med selv mord vil være opphør av lidelse, plagsomme tanker og bevissthet.</p>
<p>Overveldende psykisk smerte</p> <p>Den psykiske smerten overstiger personens evne til andre former for mestringsstrategi.</p>	<p>Uutholderlig psykisk smerte</p> <p>Selv mord vil være en reaksjon på uutholderlig psykisk smerte.</p>
<p>Tidsavgrensede utilfredsstilte psykologiske behov</p> <p>Ofte en tidsavgrenset og situasjonsbundet frustrasjon over utilfredsstilte grunnleggende psykologiske behov.</p>	<p>Vedvarende utilfredsstilte psykologiske behov</p> <p>En sentral drivkraft bak selvmordsadferd er langvarig frustrasjon over utilfredsstilte grunnleggende psykologiske behov.</p>
<p>Tap og avvisning</p> <p>Frykten for å være alene, ensom og å bli avvist er dominerende følelser</p>	<p>Hjelpeløshet og håpløshet</p> <p>Hjelpeløshet og håpløshet er dominerende følelser</p>
<p>Leve og lide</p> <p>Ønsket om å leve er sterkt tilstede, men impulsivitet, svingninger og kontrolltap kan være drivkreftene bak selvdestruktivitet.</p>	<p>Leve eller dø</p> <p>Suicidalitet er vanligvis forbundet med ambivalens, personen både vil og vil ikke dø.</p>
<p>Tenkningen er lite innsnevret</p> <p>Liten innsnevring, alternativer kan vurderes. Personen søker en midlertidig løsning. Affektstormen blir avverget og kontroll etablert.</p>	<p>Tenkningen innsnevret</p> <p>Den kognitive funksjonen er ved suicidalitet preget av ekstrem innsnevring. Den eneste løsning er selv mord. Etter selvmordsforsøk observeres ingen endring. Behandling er nødvendig for bedring.</p>
<p>Forsøk på mestringsstrategi</p> <p>Selvskadingen har funksjoner for personen og er en mestringsstrategi.</p>	<p>En flukt</p> <p>Enhver selvmordshandling har et element av flukt i seg.</p>
<p>Kan formidle et behov for hjelp, beskyttelse eller omsorg</p> <p>Dersom selvskading kommuniseres etter handlingen kan det uttrykke et opplevd behov for hjelp, beskyttelse eller omsorg.</p>	<p>De fleste selvmord varsles</p> <p>De fleste suicidale mennesker varsler omgivelsene om handlingen.</p>
<p>Løsningen blir problemet</p> <p>Selvskading som eneste/viktigste mestringsstrategi blir presset til det ytterste.</p>	<p>Løsningen blir endelig</p> <p>Det kan ligge en nøkkel til forståelse av suicidalitet i personers livslange mestringsmønstre.</p>

Likheter og ulikheter mellom selvskading og selv mord (Kvig & Moe, 2008).

3.1.2 Hvem selvskader seg selv og hvorfor?

Hvem som helst kan begynne å skade seg selv, både unge og gamle.

Inntil nylig har det manglet god data om norske forhold angående selvskading. I 1997 og 2004 ble det gjennomført to spørreundersøkelser om selvskading blant elever på videregående skoler i Bergen. Disse undersøkelsene viste en øking i forekomsten av selvskading fra 13,9 prosent i 1997 til 19,4 prosent i 2004. Tallene var overraskende høye, de viste at det er ikke bare mennesker med alvorlige psykiske lidelser eller som er i ekstreme situasjoner som skader seg selv. Forklaringen på hvorfor man ble overrasket over resultatet er at fenomenet rett og slett er blitt mere vanlig de siste årene. Samfunnet forandrer seg hele tiden, og derfor er det ikke uvanlig at også symptomene på psykiske lidelser blir påvirket av den tiden vi lever i (Øverland, 2006).

Det er klare kjønnsforskjeller ved selvskading i Norge. Dette viser den norske delen av en CASE-undersøkelse fra 2003 som ble gjennomført i Europa. Den viste at det var 3,1 prosent av guttene og 10,2 prosent av jentene som rapporterte om ett eller flere tilfeller av villet egenskade. Kjønnsforskjellen har vært diskutert ut fra kvinner og menns sosiale roller. Det har vært vanlig og tenke seg at kvinner oppdras til å undertrykke aggresjon overfor andre, og av den grunn retter sinnet innover. Menn vil derimot uttrykke aggresjon åpenlyst i større grad. På en annen side kan det være at menn er oppdratt til og ikke innrømme eller søke hjelp for problemene på lik linje med kvinner. En annen forklaring kan være at selvskading har sterk sammenheng med overgrep mot kvinner (Øverland, 2006).

Selvskading er en måte å takle vanskelige følelser. Skadingen i seg selv er en mestringsmåte som får disse vanskelige tankene bort for en stund. Distraherer seg selv på (Arnold & Magill, 2005).

Mange av de som driver med selvskading forteller at årsaken til dette er traumatiske hendelser eller belastende opplevelser og omstendigheter som de opplevde i barndommen, og som har fulgt dem videre i livet.

Opplevelser i barndommen som kan ha ført til selvskading:

- Seksuelt, fysisk og/eller følelsemessig misbruk.
- Omsorgssvikt og mangelfull omsorg.
- Tap av en eller begge foreldrene.

- Alvorlig sykdom eller alkoholmisbruk hos foreldrene.
- Alvorlig manglende kommunikasjon i hjemmet (særlig knyttet til følelser, problemer eller behov).
- Kronisk sykdom eller uførhet i barndommen.
- Bli stilt overfor overdrevne forventninger.
- Mobbing og avvising av jevnaldrende.
- Rasistisk trakassering og undertrykking.
- Frykt og skam omkring seksualitet.

Andre ”voksne” forteller at de begynte i voksen alder å skade seg på grunn av:

- Voldtekt og andre opplevelser av seksuelt misbruk.
 - Mishandlende partner (fysisk og/eller følelsesmessig)
 - Mangel på støtte/kommunikasjon.
 - Tap av barn eller infertilitet.
 - Tap av partner (ved død eller brudd i forholdet)
 - Innesperring i fengsel eller lukket psykiatrisk avdeling.
 - Alvorlig sykdom.
- (Arnold & Magill, 2005).

Selvskadingen kan ha mange funksjoner. De fleste som skader seg selv snakker om å ha eller ta tilbake kontrollen. Andre avreagerer og lar det gå ut over seg selv. Det er ofte snakk om straff, hevn og ydmykelse. Mange ønsker å kommunisere noe ved å skade seg selv, de ønsker å bli sett, for de føler seg usynlige (Thorsen, 2006).

3.2 Mestring

Mestring handler om å klare den følelsesmessige prosessen ved å flytte oppmerksomheten fra ”gammelt” til ”nytt” liv ved å lage nye forventninger og nye mål til seg selv.

”**Mestring** dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på -det du må leve med, og -det du selv kan være med på å endre” (Vifladt og Hopen, 2004).

3.3 Miljøterapi

Miljøterapi handler om de holdninger, handlinger og verdigrunnlag som vi har, og som vi tar med oss inn på institusjonen. I de institusjonene der vi har vært har det vært et tverrfaglig samarbeid mellom mange forskjellige yrkesgrupper. Da er det viktig at alle i personalgruppen er enige om hvilken retning miljøterapien skal gå, og at alle har like kunnskaper og holdninger ovenfor pasientene (Henriksen, 2007).

Miljøterapi kan defineres slik:

”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes og av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være å handle i og utenfor postmiljøet over tid” (Henriksen, 2007:5).

Vi har ofte et ideal om at som hjelper skal man tåle, og utholde alt. Virkeligheten er at som hjelper kan en bli like såret som alle andre mennesker.

Det å arbeide miljøterapeutisk med pasienter med selvskading kan påvirke miljøpersonalet sterkt på grunn av alle de følelsene dette kan vekke. For å hjelpe hverandre som hjelpere i dette arbeidet er det viktig at vi tør å åpne oss, utvikle en relasjon og tåle å stå i egne følelser. For å holde ut i arbeide med ungdom med selvskading i institusjon, er det nødvendig å forholde seg til følelsene av avmakt og sinne. For ofte kan disse følelsene veksle og komme frem i forskjellige faser av behandlingsforløpet. Det er stor fare for å bli overveldet av makteløshet, der den empatiske forståelsen og tilnærmingen til pasienten kan bli redusert.

Akkurat som pasienten bygger opp et forsvar mot og kjenne psykisk smerte eller å stole på bærende relasjoner, vil miljøterapeuten bygge opp et forsvar for å stenge pasientens lidelse ute. Dersom miljøterapeutene får et slikt forsvar vil de få en senket terskel for å reagere med sinne og avvisning mot pasienten. En selvskaders funksjonsnivå kan også skiftes raskt, og derfor er det viktig at selvskadere blir møtt på en mest mulig lik måte av miljøterapeutene.

Økt forståelse av selvskadingens funksjon er og viktig. Det er bevist at leger og sykepleiere får bedre holdninger til selvskadere etter undervisning om selvskading, de ble og tryggere på sin egen evne til å hjelpe (Øverland, 2006).

3.4 Teoretisk forankring; presentasjon av Travelbees tenkning.

Jocye Travelbee har arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og retter sin sykepleietenkning spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hun forholder seg til hvert menneske som en unik person, der enkeltmennesket er enestående og uerstattelig. Det er først og fremst enkeltmennesket hennes sykepleietenkning handler om (Kristoffersen, 2005).

Den kulturen personen er en del av har stor betydning for vedkommendes oppfatning av sykdom eller lidelse. I enkelte sammenhenger er pasientens familie betydningsfull i forhold til den syke (Kristoffersen, 2005).

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut i fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen hun gjennomgår. Det skjer gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleie er en prosess der sykepleieren hjelper en person til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene (Kristoffersen, 2005).

Sykepleiens overordnede mål og hensikt er i følge Travelbee å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. I tillegg er begrepet håp sentralt i Travelbees tenkning. For og få fram håpet hos mennesket som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen. For et menneske som har mistet håpet, ser lengre ikke noe mulighet til å forandre og forbedre sin livssituasjon. Vedkommende har mistet troen på at problemer kan løses, eller at det fins en vei ut av vanskelighetene hun opplever (Kristoffersen, 2005).

Andre faktorer knyttet til håp er tillit, utholdenhet og mot. Tillit kommer til uttrykk i troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs. Utholdenhet viser seg i evnen til å prøve på nytt, om og om igjen, for å oppnå det vi håper på. Mot kreves for at vi skal erkjenne våre vansker og tap. Vi må også ha mot for å kunne holde ut og ikke gi opp, selv om lidelsen er stor. Mot er dessuten nødvendig for å overvinne angst og usikkerhet, og for at vi mot alle odds skal kunne vedlikeholde håpet om endring til det bedre.

Motet vokser frem ved at vi ser problemene i øynene, og forholder oss aktivt til dem når de oppstår. Bare på den måten kan vi gjøre vårt beste for å mestre situasjonen.

Det å oppleve å bety noe er avgjørende knyttet til opplevelsen av mening. For å utvikle og opprettholde en slik opplevelse av mening trenger mennesket kontinuerlig støtte og hjelp fra sine nærmeste og fra profesjonelle hjelpere, hevder Travelbee (Kristoffersen, 2005).

Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap når det gjelder å skape et menneske-til-menneske forhold til pasienten mener Travelbee. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som en person. Det å bli kjent med pasienten som en person, og kunne særegne hans behov er en forutsetning for å kunne planlegge å utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov. Travelbee hevder at det å lære en syk person å kjenne er like opplagt og nødvendig sykepleieaktivitet som det å utføre en prosedyre (Kristoffersen, 2005).

Travelbee beskriver en form for målrettet intellektuell tilnærming som sykepleieren bruker for å kunne hjelpe den syke og lidende til å mestre sin situasjon og eventuell finne mening med den. Gjennom denne systematiske tilnærming til pasientens situasjon, benytter sykepleieren sine fagkunnskaper og sin innsikt til å finne fram til pasientens behov for sykepleie, og hvordan disse behov skal møtes. Travelbee beskriver følgende trinn i denne prosessen:

- Sykepleieren observerer for å kartlegge pasientens behov.
- Sykepleieren får bekreftet eller avkreftet sine antakelser om hvilke behov pasienten har.
- Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov, eller eventuelt henvises til andre.
- Sykepleieren legger en plan for hvordan pasientens sykepleierbehov skal ivaretas, metode, tidspunkt, osv.

Sykepleieren foretar i ettertid en evaluering for å finne ut om pasientens behov er delvis eller helt dekket (Kristoffersen, 2005).

4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

4.1 Hvorfor utøves selvskading?

Personer som drev med selvskading tidligere ble sett på som svært syke eller desperate, og fikk diagnosen psykisk lidelse. Dagens forskning viser at det ikke bare er gruppen som har psykiske lidelser som skader seg selv, men at det er en overraskende stor andel av ”normale” som og skader seg selv (Øverland, 2006).

Ved å ta utgangspunkt i litteratur, erfaringer fra sykepleieren som vi intervjuet og egne erfaringer fra praksis har vi valgt å se nærmere på bakgrunnen til hvorfor selvskading utføres.

I intervjuet med sykepleierne spurte vi om hvorfor selvskading utøves. Den ene sykepleieren svarte at på den avdelingen så de på selvskading som en mestringsmåte. Det vil si en handling der det er snakk om å regulere følelser som sinne, frustrasjon, angst og tristhet, med andre ord regulering av indre tilstander. De sa lite om årsakene til hvorfor selvskading ble utført. Vi har derfor valgt å se på litteraturen hva den forteller oss.

I artikkelen til Sjølie (2006) forteller hun at mennesker velger å skade seg selv kan ha mange funksjoner og meninger. Det ligger ofte en historie bak det å begynne å skade seg, og det viser seg at selvskading ofte er et fysisk uttrykk på en indre smerte.

Både i litteraturen og i forskningslitteraturen som vi har sett på beskrives mange funksjoner for hvorfor selvskading utføres. Det kan være en illusjon av kontroll, avreagering, affektregulering, konkretisering av følelser, flukt fra ubehag, hjelp til å stoppe pågående tankekjør, selvstimulering, egenomsorg, straff, hevn og ydmykelse, oppmerksomhet og kommunikasjon (Sommerfeldt & Skårderud, 2008).

Litteraturen forteller at selvskading kan ha mye å gjøre med opplevelser fra barndommen. Familien har mye å si for et barn og der det skjer fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap av foreldre, ”sykdom”, overdrevne forventninger, mobbing eller trakassering vil barnet tro at det er deres feil, eller at det er noe galt med dem (Arnold & Magill, 2005).

I boka til Øverland (2006) står det at McAllister mener at barn som blir utsatt for traumer i barndommen former hvordan barnet oppfatter seg selv. De lærer at de ikke får lov til å hevde sine rettigheter, at mishandling og forsømmelse er normalt og dagligdags. Om barnet blir møtt med ignorering eller forsømmelse når det prøver å kommunisere sine følelser lærer det å tro at kommunikasjon om følelser er galt, dette kan skape et mønster der ordløshet og taushet blir

erstattet av selvskading. Selvskading kan da bli en måte å fortelle om mishandlingen og misbruket på uten å si noe.

I heftet *Arbeid med selvskading* (Kvig & Moe, 2008) forteller de at selvskading bunner ut i barndomserfaringer der barna har vært utsatt for opplevelser som er smertefulle, både fysisk og psykisk. De klarer ikke å mestre det på annen måte enn å skade seg selv.

Det kan og finnes andre årsaker til hvorfor mennesker begynner å skade seg enn hendelser i barndommen. Ungdom og voksne som har begynt å skade seg selv kan ha vært utsatt for smertefulle opplevelser som seksuelt misbruk, voldtekt, mishandlende partnere, tap, sykdom, mangel på støtte og kommunikasjon med andre. Andre kan reagere på å bli satt i fengsel eller innesperret på lukket psykiatrisk avdeling (Arnold & Magill, 2005).

En er ofte sin egen verste kritiker. Normalt sett ville det ikke være noe problem å gjøre feil. En må bare reise seg igjen og fortsette, mens for en som kanskje ikke har hatt en normal oppvekst med stabilitet rundt seg der en har blitt opplært til å takle nederlag kan det bli vanskelig. Selvskadere er ofte usikre på seg selv, de straffer seg selv om noe går dem imot, eller om det er noe de ikke får til. De kan også skade seg om de føler glede, da gir de seg selv straff for at de egentlig ikke hadde fortjent å føle det de gjør. Hvis pasienten er usikker på seg selv, føler at hun bare gjør feil, vil hun oppleve dette som nederlag, dette kan føre til at pasienten blir aggressiv. Aggresjon har likhetstrekk med fenomenet selvskading der selvskaderen lar aggresjonen sin gå ut over sin egen kropp. Begge handlingene handler om tap av kontroll, og forsøk på å oppnå kontroll. I en selvskaders situasjon er selvskaderen både overgriper og offer, mens en som er aggressiv enten er overgriper eller offer (Øverland, 2006).

Den ene sykepleieren fortalte i intervjuet at mange beskriver at de er helt tomme inne i seg, at de følte seg nesten døde, men at de får følelser når de skader seg og føler at de lever. Mange som skader seg selv føler seg tomme innvendig, og at kuttene gir dem bevis på at det er noe der når de ser kjøtt, når de begynner å blø får de synlige bevis på at de er i livet.

Selvskading handler om at smerte gir renselse og synlige bevis for den ondskapen som er inne i personen. Personen ser, og viser seg selv og omverdenen hvor vondt hun har det (Øverland, 2006).

I samtalene med sykepleierne snakket de alle om kontroll. Det var ingen som gav noen konkrete eksempler på hvordan kontrollen ble utført. I praksis fikk vi selv observert hvordan

selvskaderne hadde kontroll på det de drev med, andre ganger der de mistet kontrollen helt og måtte ha hjelp.

Selvskading blir ofte brukt til å ta kontroll, over seg selv og livet sitt. Selvskadingen blir brukt som et forsvar mot en intens følelse av ubehag, der følelsen er så sterk at det ikke er mulig å beskrive den. Da kan det bli en lettelse for mange å ty til selvskading, nettopp fordi at de da kan føle at de har, eller tar kontroll (Øverland, 2006).

Vi har sett at det kan være flere ulike grunner til et menneske velger og skade seg selv. Det finnes ikke noe fasitsvar på hvorfor det skjer, og årsakene er individuelle. I løpet av praksisperioden vår observerte vi flere pasienter som skadet seg selv, men vi følte aldri vi fikk vite hvorfor de gjorde det. De kunne, eller ville ikke, sette ord på følelsene som de hadde, om det var aggresjon eller andre overveldende følelser som var årsaken til selvskadingen fikk vi aldri helt rede på.

4.2 Rutiner ved avdelingene før, under og etter selvskading

Vi har valgt å se litt mer på dette da det hjelper oss til å forstå hvordan sykepleierne jobber i avdelingene på et psykiatrisk sykehus, vi får se her hvordan de kan hjelpe til endret mestring ved å ha rutiner og formidle håp.

Travelbee (Kristoffersen, 2005) forholder seg til hvert menneske som en unik person, der enkeltmennesket er enestående og uerstattelig. Dette er noe som sykepleierne vi intervjuet og tenkte. De presiserte mange ganger at det var viktig å lage opplegg der alt skulle være individuelt rettet for hva hver pasient trengte. Noen trenger oppmerksomhet, andre trenger noen å snakke med, mens andre igjen vil være alene og prøve ut andre mestringsstrategier for å se om de klarer å la være å skade seg. De må gjøre det alene for å føle at de har kontroll over situasjonen selv.

Ifølge Travelbee (Kristoffersen, 2005) er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskap. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre.

Den ene avdelingen sa sykepleieren at personalet alltid prøvde å være tilgjengelige og synlige hele tiden. På den måten kunne de merke på pasientene når ting begynte å bygge seg opp, og pasientene skulle skjønne at de var der for dem om de skulle ha behov for å snakke, eller ha

følge for å gå en tur. Dette var noe vi også observerte i praksis, men ut fra det vi fikk erfaring med virket det ikke som om det fungerte med de pasientene som var tilstede når vi var der.

Når selvskadingen har skjedd er det opp til pasienten selv å komme og si ifra om de trenger hjelp til bandasjering, syng eller sykebil til somatikken. De hadde en regel på den ene avdelingen at pasientene måtte si ifra innen 2 timer. Om denne regelen ble brutt ble de sendt på 1 ukes permisjon (tenkepause) eller ble utskrevet. Begrunnelsen for tenkepausen er ikke ment som straff, men en mulighet til å reflektere over oppholdet, bryte eventuelle negative mønster eller få en pause fra behandlingsopplegget (Kvig & Moe, 2008). Om pasienten ikke hadde skadet seg så mye at de ble sendt vekk fra avdelingen måtte de rydde og vaske etter seg selv.

Ifølge sykepleierne som vi intervjuet er det sykepleiers oppgave å se på skaden og kontakte lege om nødvendig. Vi kan også ta blodtrykket og puls. Om legetilsyn ikke er nødvendig er det sykepleieren som tar hånd om skaden å legge på bandasjer, og lignende. Når selvskadingen har skjedd er det behandling av den fysiske skaden som får fokus og ikke det psykiske, det blir tatt etter at pasienten er kommet tilbake til avdelingen og/eller roet ned. Ofte blir det ikke tatt opp før neste dag.

Som nevnt tidligere bygger Travelbees sykepleiedefinisjon på et eksistensialistisk menneskesyn, på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut i fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomgår (Kristoffersen, 2005).

De avdelingene som vi var og gjorde intervjuene arbeidet de mest med kjedeanalyser og mestringsbøker, de brukte samtaler med pasientene på en måte slik at pasientene følte seg nødt til å snakke. I praksis observerte vi at det virket. De brukte god tid og la ikke ordene i munnen til pasientene, de ventet tålmodig til pasientene hadde fått tenkt seg om og begynte å snakke. Det var nesten ingen ja- eller nei- spørsmål.

Begge avdelingene brukte kjedeanalyse for å finne ut av hva som var den utløsende faktoren til at de måtte skade seg. Kjedeanalyse er en teknikk der en gjennomgår hva som fikk pasienten til å reagere slik hun gjorde, og lage en plan for hvordan en kan prøve å unngå samme situasjon neste gang (Øverland, 2006). Hver gang pasienten hadde skadet seg tok en av de faste kontaktpersonene pasienten med seg inn på et rom og gikk gjennom hva som hadde skjedd før selvskadingen, gjerne fra dagen i forveien. De snakket om hva som kunne ha

vært den utløsende faktoren som fikk pasienten til å handle slik som hun gjorde. Hvilke tanker og følelser pasienten hadde før og under selvskadingen ble også registrert.

Den ene sykepleieren fortalte at når de skriver ned hendelsesforløpet, ser pasientene at det ikke bare skjer, det var noe som bygde seg opp over tid, at det var en grunn til at de skadet seg selv. Den ene avdelingen var de litt mer interessert i selvmordsfaren, om de skulle sende dem til en akuttpost eller ikke. Hos den andre avdelingen analyserte de dette fortløpende, og pasienten selv fikk være med på å bestemme om det var forsvarlig at de fortsatte å være der.

4.3 Er sykepleierne i avdelingen samkjørte i forhold til holdninger og handling i møte med selvskading?

Et av spørsmålene vi stilte i intervjuet til sykepleierne var om de var samkjørte i forhold til holdninger og handlinger i møte med selvskading. Svaret fra de to sykepleierne var ganske ulikt. Vi synes dette er et viktig spørsmål å ta med, for hvis man ikke er klar over hvilke holdninger og handlinger man har i møte med denne pasientgruppen kan det gå ut over behandlingstilbudet til pasienten. Dette fordi personalet på psykiatrisk institusjon jobber med miljøterapi.

Selvskading er et følsomt tema som kan vekke følelser hos både personal og pasienter. Spørsmålet om sykepleierne var samkjørte svarte den ene sykepleieren at: ”Nei det er vi ikke, men vi har jobbet mye med oss selv. Vi har fått veiledning av hverandre og hos andre avdelinger for å klare å forstå. Det er en prosess i seg selv bare det å forstå hva som gjør at mennesker klarer å skade seg selv. Vi er åpne mot hverandre i avdelingen på at noen takler dette, mens andre gjør det ikke. Personalet har mulighet til å la være å ta for stor del i det, hvis de ikke vil.” Sykepleieren forteller også at: ”Det å behandle pasienter likt er vanskelig, men på en annen side vil ikke pasientene bli møtt likt i det virkelige livet heller. ”

Derfor er det viktig at selv om personalet i avdelingen ikke har samme holdninger og handlinger i møte med denne pasientgruppen har de en åpenhet om temaet.

Den andre sykepleieren forteller at hun tror de har klart å bli samkjørte nå. Det har vært en lang prosess for å komme hit, for det handler om å endre ens behandlingstenkning rundt det med selvskading. Sykepleieren forteller videre at: ”Selv om vi har bestemt en måte for å

håndtere det, er det vanskelig. Når vi står midt i det kan det komme mange følelser frem. Man kan bli redd og har lyst til å passe på pasientene. Det er en ting å være enige i hvordan man skal gjøre det, noe annet å gjøre det i praksis. Vi ser egentlig at det er meningsfylt å jobbe på denne måten, vi prøver så langt som det er mulig å gjøre det i praksis som vi har tenkt. Går det ikke er det greit, på en måte. Vi kan snakke om det i ettertid hva som var vanskelig, hva som gjorde oss redde og hva som gjorde at vi ikke holdt ut. Det er ikke alltid at det er rett det vi har tenkt, vi må vurdere risiko hele tiden, hvis vi er bekymret for at noe skal gå galt er det bedre å gjøre noe med det der og da.”

Denne sykepleieren sier også at kommunikasjon og åpenhet er et viktig tema for å bli samkjørte på en avdeling. Dette bekrefter teoretikeren Travelbee som sier at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap når de skal skape et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2005), dette gjelder både mellom personal-pasient og personal-personal forhold. Det som er positivt med at de på denne avdelingen er samkjørte i forhold til både handlinger og holdninger er at pasienten blir behandlet likt av alle. Temaet kan være vanskelig å snakke om, det handler om å finne en riktig behandlingstenkning rundt problemstillingen for pasienten. Når personalet er samkjørte i avdelingen er det lettere for pasienten å forstå hva personalet vil frem til, og de blir ikke forvirret av forskjellige behandlingsmetoder som kan føre til for mange nye mestringsstrategier (Øverland, 2006).

Det å behandle pasientene likt er vanskelig, men det kommer pasientene ikke til å bli heller i det virkelige livet forteller den ene sykepleieren som vi intervjuet. Selvskading kan som sagt vekke mange følelser hos mennesker. Det sier seg selv at hvis pasienten fortsetter å skade seg når hun kommer ut fra avdelingen vil dette vekke reaksjoner. Når pasienten møter forskjellige reaksjoner allerede fra personalet mens de er innlagt på en psykiatrisk avdeling, er de kanskje mer forberedt på at mennesker kan ha forskjellige holdninger til dem når de kommer ut av institusjonen.

Det er i noen tilfeller bra at personalet har ulike holdninger til temaet i avdelingene og viser det, men på en annen måte kan disse holdningsforskjellene også føre til noe negativt. Når personalet har forskjellige holdninger og ikke er samkjørte i møte med denne pasientgruppen, kan det føre til avvisning eller favorisering fra personalet (Øverland, 2006).

Før i tiden trodde de at adferden oppsto på grunn av at pasientene var oppmerksomhetssøkende og manipulerende. De mente at oppmerksomheten rundt selvskadingen virker forsterkende mot den uønskede adferden, av den grunn opptrådte

personalet ignorerende. Hvis personalet ikke har samme holdninger kan dette føre til at pasienten opplever en avvisning så sterkt, at den positive oppmerksomheten rundt ikke-selvskadingen ikke har noen effekt. Pasientene kan oppleve at de blir avvist når de er mest sårbar og bruker den eneste mestringsstrategien de opplever som nyttig. (Øverland, 2006)

4.4 Tillates pasienten å ha utstyr for å kutte seg på rommet?

”Å ha skalpeller i veska kan sammenlignes med å ha med seg beroligende medikamenter eller hjertemedisin. De har samme effekten. Det er beroligende bare å vite at jeg har dem” (Øverland 2006:161).

Selvskading er et forsøk på mestring, noe som kan gi pasienten en viss tilfredsstillelse eller kontroll (Lien & Soland, 2006). Vi spurte sykepleieren om pasientene på avdelingen fikk beholde utstyr til å kutte seg med, eller om de tok fra dem denne mestringsstrategien før de hadde lært nye.

”Vi har en tanke om at pasientene vil kutte seg selv uansett om de får lov eller ikke” forteller den ene sykepleieren. Hun forteller videre: ”Vi har sett at hvis vi prøver å ta i fra pasientene midlene for å kutte seg med blir det mange konflikter mellom personalet og pasienten. Det blir en maktkamp mellom oss, en sånn katt og mus lek der pasientene alltid vil prøve å lure personalet. Pasientene vil alltid prøve å finne andre ting å skade seg med, de kan for eksempel begynne å knuse ting og kutter seg med glasskår, korker og nåler som de finner. Dette vil ødelegge huden deres mer enn en skalpell eller et barberblad, og det er i tillegg større fare for infeksjoner. Det er mest for at pasientene skal ha et reelt valg at vi lar dem beholde det de har med seg på avdelingen, men store kniver fjerner vi selvfølgelig. Når vi ikke tar i fra pasientene muligheten til å kutte seg, blir de ansvarliggjort for sine egne handlinger. De vil få et valg om de vil kutte seg selv eller ikke.” Sykepleieren forteller videre at: ”Vi synes ikke det er greit at pasientene kutter seg, for vi jobber hele tiden mot at pasientene skal finne andre mestringsstrategier. Når de har den muligheten for å kutte seg selv, vil det være et gjennomtenkt valg for pasienten når de kutter seg, og at det ikke bare blir sånn, for de skal kunne se at det faktisk finnes andre muligheter.”

Erfaringer fra vår praksis viser at i andre avdelinger blir det praktisert å ta fra pasientene utstyret som de bruker å kutte seg med, og at det er mere kontrolltiltak. Dette er gjerne i lukkede avdelinger, akuttposter.

Konsekvensene av å ta fra dem denne mestringsmåten var at personalet overtok for mye av ansvaret for pasientenes selvskadende handlinger, og at personalet kom i konflikt med dem om hvem som hadde kontrollen. Med den tilnærmingen klarte de heller ikke å stoppe selvskadingen. De erfarte at selvskading har en egen dynamikk, der de selvskadende handlingene tok oppmerksomheten bort fra andre områder i pasientens liv. All oppmerksomhet ble rettet mot selvskadingen, og hvordan dette kunne forhindres. For pasienten ble det en bekreftelse på at selvskading var en effektiv kommunikasjonsform (Kvig & Moe, 2008).

Den andre sykepleieren vi intervjuet hadde omtrent likt svar som den første, men det var noen forskjeller som vi la merke til. Sykepleieren forteller at ”Vi tar sjelden fra pasientene muligheten til å selvskade, med mindre det gjelder strangulering eller andre alvorlige ting der feilberegningen kan bli så stor at de kan dø av det.”

Sykepleieren fortalte at: ”På avdelingen har vi prøvd ut flere individuelle prosjekter, der vi for eksempel har hatt rene og sterile skalpeller tilgjengelig for pasientene. Da kunne pasientene komme og si i fra at de følte at de måtte rispe seg, og si at om 10 minutter kan dere komme inn og hjelpe meg, plastre og gjøre rent såret. Dette har ført til at pasientene har skadet seg mindre, de holder avtalene til personalet og de forplikter seg til noe. For det er noe med at pasientene må ville selv slutt med det, hvis ikke har det ingen hensikt. Slike prosjekter blir satt i gang i samarbeid med behandlerne, men det er mange av personalet som synes disse situasjonene kan være vanskelige. Det gjør noe med oss, og krever at vi har is i magen. Det er ikke enkelt å levere ut en skalpell når vi vet at i neste øyeblikk er kanskje hele leggen eller muskelen løsnet. Da er det viktig at vi er åpne om dette, og at det blir brukt mye tid til veiledning.”

Er det etisk riktig å gi ut skalpeller til selvskadere, slik denne sykepleieren forteller at de gjør ved denne avdelingen? Vi har en plikt til å respektere andres valg, men skal vi som sykepleier gå til det skrittet å hjelpe pasientene til å skade seg selv?

Som sykepleier har vi mange ulike plikter, vi har plikt til for eksempel til å hjelpe andre, plikt til å respektere andres valg og plikt til å være faglig kyndig (Brinchmann, 2005).

Helsepersonelloven § 7 sier at helsepersonell skal gi nødvendig helsehjelp, og nødvendig helsehjelp skal gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke eller nekter å ta i mot den (Helsepersonelloven, 2001).

Det vil si at vi som sykepleier skal gi nødvendige helsehjelp til denne pasientgruppen også. Når pasientene får beholde utstyret vet de at pasientene mest sannsynlig vil skade seg. Er det å gi den nødvendige helsehjelpen?

I tillegg til dette har vi sykepleiere en rekke ulike etiske plikter. Som for eksempel at vi har plikt til å respektere pasientenes selvbestemmelsesrett (Brinchmann, 2005).

I følge pasientrettighetsloven § 4-1 kan helsehjelp bare gis ved pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelpen uten samtykke (Pasientrettighetsloven, 2001). Pasientene på de avdelingene vi har vært og intervjuet sykepleierne på, er de fleste innlagt på frivillig basis. Om vi tar fra pasienten utstyret kan det bety at vi går i mot pasientens eget ønske, og vi respekterer ikke pasientens selvbestemmelsesrett.

Vi vet aldri hvor mye eller hvor alvorlig en pasient kan skade seg selv, vi vil gå så langt å påstå at om vi tar fra pasientene utstyret har vi en større mulighet til å redde liv. Sykepleiere kan oppleve en konflikt mellom plikten til å redde liv, og plikten til å respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Av den grunn må man alltid innenfor sykepleieetikk tenke på konsekvensene av ulike handlinger og handlingsvalg (Brinchmann, 2005). Når personalet skal avgjøre hva som er rett, om de skal la pasienten beholde utstyr, eller ta i fra dem. Må de tenke både på hvilke plikter de har som sykepleier, og hvilke konsekvenser handlingene deres kan føre til. Denne problemstillingen er ikke lett å svare på, siden det finnes både fordeler og ulemper med begge metodene. Hva som blir riktig må personalet finne ut sammen på avdelingene, og dermed kan de forsvare sine handlinger.

4.5 Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe til endret mestring?

”Når jeg ser blodet piple, går jeg inn i en behagelig tåketilstand hvor alle de vonde minnene blekner” (Thorsen, 2006:7).

Arbeid med selvskadere kan være en stor påkjenning for de involverte. De som står selvskadere nært må prøve å forstå hvorfor denne handlingen utføres og hva den hjelper mot. Det kan være greit å vite at selv om den som skader seg selv gjør dette noen ganger så alvorlig at det kan se ut som et selvmordsforsøk, er de ikke ute etter å ta livet sitt. De var bare ”litt” uheldig denne gangen, men de vil fortsatt leve. Som sykepleier kan en prøve å hjelpe til

endret mestring ved å hjelpe den som skader seg selv til å finne andre måter å få kontroll over situasjoner og livet sitt (Kvig & Moe, 2008).

Selvskading er et forsøk på mestring, noe som kan gi pasienten en viss tilfredsstillelse eller kontroll. Hvis man prøver å stoppe selvskadingen, vil pasienten stå uten noen evne til å holde ut sin situasjon, som igjen kan føre til økt suicidalfare. Av den grunn skal man ikke ta bort en mestringsstrategi uten å hjelpe pasienten til å erstatte den med andre mestringsstrategier (Lien & Soland, 2006).

Den ene sykepleieren vi intervjuet fortalte at: ”Mange av pasientene som kommer til oss har skadet seg i veldig mange år. Det å skade seg selv har blitt en løsning på alle problemene deres. Vi prøver å bryte dette mønsteret, og vise dem andre måter.” Vi har tidligere sett at det finnes ulike grunner til hvorfor en velger å skade seg selv, her skal vi se på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienter til endret mestring.

I intervjuet med sykepleierne spurte vi om hvilken mestringsstrategier de hadde på avdelingene. Den ene sykepleieren svarte: ”Vi har ingen faste mestringsstrategier, men vi har flere permer med forslag som er både funnet i litteraturen og på internett. Det er opp til hver enkelt og lete etter mestringsstrategier som kan være nyttige, dette bruker vi veldig mye tid på. Mange av pasientene synes det er rart og flaut i begynnelsen når de prøver ut forskjellige strategier, etter hvert som de jobber litt med dem finner i alle fall de fleste en eller flere måter som de synes kan hjelpe.”

Ut fra Travelbees tenkning er sykepleie å hjelpe den syke til å finne mening i den situasjonen hun gjennomgår, videre er sykepleie en prosess der sykepleieren hjelper en person til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, om nødvendig finne en mening i disse erfaringene. Sykepleiens overordnede mål i følge Travelbee er å hjelpe til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2005).

Når en pasient begynner å fokusere på følelser og opplevelser, kan hun gjenkjenne situasjoner som kan utløse trangen til selvskading. Da er det viktig å finne andre hensiktsmessige former for mestring. Slik kan pasienten få erfaring med at det finnes andre metoder for å håndtere de vanskelige følelsene som har ført til selvskadingen. Da må vi som sykepleiere forsøke å hjelpe til å finne noe som fungerer for akkurat den enkelte pasienten, da er det nødvendig å se på hvilken funksjon selvskadingen fyller (Lien & Soland 2006).

I Travelbees tenkning beskriver hun en form for målrettet intellektuell tilnærming. Denne tenkningen kan vi som sykepleiere bruke for å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon og finne nye mestringsstrategier med å følge trinnene i hennes prosess. For det første må vi som sykepleiere observere pasientens behov, finn ut hva pasienten trenger hjelp til, og se om vi som sykepleiere kan hjelpe med, og deretter legge en plan. Underveis er det viktig å foreta evaluering av tiltakene og se om de fungerer, eller eventuelt finne nye tiltak (Kristoffersen, 2005).

”Selvskading betrakter vi som en mestringsstrategi, som har en funksjon for hver enkelt person. Vi bruker mye en mestringsbok, for å kartlegge og se om det er noen mønstre i situasjonene der de skader seg selv. Hva var det som gjorde at de skadet seg selv? Hva det er et uttrykk for, og hva de oppnår med det? Selv om pasientene kan finne en årsak for hvorfor de gjør dette betyr det ikke nødvendigvis at de klarer å slutte å skade seg selv, men de får en forståelse av det.” Sykepleieren forteller her i intervjuet at en må finne den egentlige bakgrunnen til hvorfor en pasient velger å skade seg selv før man finner en ny mestringsstrategi å fylle opp den funksjonen selvskadingen har.

Når sykepleierne har funnet ut hvorfor selvskadingen skjer, er det enklere å gi pasienten konkrete forslag om andre mestringsstrategier som kan fylle opp funksjonen for selvskadingen. Som for eksempel fortalte den ene sykepleiere oss at: ”Pasienter som skader seg for å straffe seg selv, eller for å påføre seg smerte, kan det være nyttig å finne en mestringsstrategi som er smertefull uten at det er farlig, noen eksempler er å ”smekke seg” med en gummistrikk over armen, dusje i kaldt eller varmt vann, eller skrubbe seg med en tannbørste. Alle disse forslagene er smertefulle, men de er ikke like farlige som selvskading er.” Senere i intervjuet fortalte samme sykepleier et annet eksempel: ”Mange som skader seg gjør dette fordi de liker å se blod, og blir beroliget av det. Da kan det hjelpe med kroppsmaling, eller å fryse isbiter med konditorfarge i, for når pasienten holder isbiten i hånden renner det rødt vann, i likhet med blod. Dette kan være nyttige mestringsstrategier, selv om det kan føles sært å gjøre det.”

Sykepleierne fortalte videre at: ”Vi prøver først og fremst å få pasientene til å uttrykke dette stresset på en annen måte, med å komme med forslag til hva de kan gjøre i stede for selvskadingen, som for eksempel med å gå turer, og distrahere pasienten med å få fokuset over på andre ting. Mange ganger viser det seg at det blir bare en utsettelse, i alle fall er det en

god strategi å lære seg å utsette denne impulsen.” Thorsen (2006) forteller man skal fokusere på de områdene pasienten mestrer, og ikke ta fra dem disse dersom pasienten får et tilbakefall.

I heftet *Arbeid med selvskading* (Kvig & Moe, 2008) har de skrevet om noen alternativer til selvskading. De har lagt vekt på at pasientene skal ha en tryggere form for selvskading, de fokusere på følelser, og har skrevet noen eksempler på hva pasienten kan gjøre. Mange av teknikken de nevner i heftet har vi hørt om i intervjuene, og vi har sett de bli brukt praksis.

I vår praksis i psykiatrien har vi selv opplevd å se selvskadere prøve å bruke noe andre mestringsstrategier. De som ble mest brukt var at pasientene gikk seg en tur enten alene eller sammen med personalet, høre på høy musikk og rydde eller gjøre noe annet fysisk for å prøve å få tankene bort, dagbok skriving, lesing og det å ligge i sengen er effektivt.

Vi spurte den ene sykepleieren vi intervjuet om hun kunne fortelle oss noen spesifikke mestringsstrategier de brukte på avdelingen. Hun svarte: ”Trening, springe, bruke kroppen og bli sliten. Det å kjøre seg ut kroppslig i sunne former, det har mange hatt god hjelp i. Avledning, det å finne noe annet å gjøre som for eksempel sette seg ned å ta en prat og sette ord på ting. Det er flere strategier som pasientene kan gjøre, for eksempel høre på høy musikk, surfe på nett og lignende.” Denne sykepleieren kunne bekrefte at flere av de mestringsstrategier vi hadde sett i praksis og ble brukt på de andre avdelingene. De pasientene vi møtte i praksis var flink til å prøve ut forskjellige mestringsstrategier, det var ikke alltid de virket. Det kunne virke som om det var i noen tilfeller bare en utsettelse av når selvskadingen skulle skje, slik som den ene sykepleieren vi intervjuet fortalte. Pasientene uttrykte med å prøve ut forskjellige mestringsstrategier at de ikke hadde lyst til å skade seg, men selv om de ikke ville det kunne det ende opp med at pasientene gjorde det til slutt.

Den ene avdelingen vi var i praksis hadde de en ”hold meg frisk plan” for pasientene. Denne planen gikk ut på at pasienten sammen med personalet satt opp en plan der hun kunne fortelle hvordan hun har det før selvskadingen. I denne planen er det beskrevet hvordan pasienten føler det, hvordan hun uttrykker følelsene, hva hun selv kan gjøre, og til slutt hva personalet kan gjøre for å hjelpe. På denne måten satt pasienten opp egne forslag til mestringsstrategier i samråd med personalet.

Selv om personalet har laget en slik plan med pasientene der det er beskrevet hvordan pasienten uttrykker seg når hun har det vanskelig, er det ikke alltid den virker med sin hensikt. Noen ganger kan følelsene til pasienten svinge fort fra å være ”normal” i det ene øyeblikket,

til det neste at pasienten har det så ille at hun må skade seg selv, følelsene går ”fra a til å” på null tid. Historien om første møte med selvskading som vi har skrevet i innledningen beskriver en slik situasjon, der pasienten oppførte seg som om alt er normalt og personalet kunne ikke se på henne at noe var galt, til at hun hadde det så ille at selvskadingen skjedde.

Vi spurte til slutt sykepleierne hva de syntes om disse mestringsstrategiene de hadde på avdelingen, om de følte at disse hjalp. Svaret vi fikk var: “ Av og til får vi det til, mens noen ganger får vi det ikke til i det hele tatt. Dette er en lang prosess, der ting tar tid, for vi må gjerne lete en stund før vi finner noe som hjelper. For å finne en mestringsstrategi som fungerer må pasienten prøve dem ut et par ganger, hvis de ikke fungerer er det greit for da har de i alle fall prøvd, og de kan prøve ut en annen strategi.”

Videre forteller sykepleieren oss at: ”Målsettingen for pasientene er ikke at de skal slutte å skade seg selv før de forlater avdelingen, for det er alt for omfattende og vanskelig. Vi har som målsetting at pasientene skal finne mindre farlige og tryggere metoder for selvskading.”

Travelbees (Kristoffersen, 2005) tenkning om håp er at vi må få det frem slik at sykepleieren kan hjelpe dem til å mestre lidelsen. Andre faktorer som er knyttet til håp er tillit, utholdenhet og mot. Alle disse faktorene er viktig for at en pasient med denne selvskadingsproblematikken skal kunne få andre mestringsstrategier. Tillit kommer til uttrykk i troen på at sykepleierne vil hjelpe pasienten når det trenges, at sykepleieren er der når pasienten har det vanskelig og kan støtte pasienten å finne andre mestringsstrategier. Utholdenhet viser seg i pasientens evne til å prøve på nytt, om og om igjen selv om det er vanskelig for å oppnå det pasienten håper på. Mot kreves for at pasienten skal kunne holde ut og ikke gi opp, selv om det er vanskelig. Motet er nødvendig for å vedlikeholde håpet om endring til det bedre. Motet vokser frem ved at pasienten kan se problemene i øyet, og forholde seg aktivt til dem når de oppstår, på den måten kan pasienten gjøre sitt beste for å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2005).

Mestringstro er viktig for pasienten hvis hun skal kunne klare å erstatte selvskading som mestringsstrategi med noe annet. Mellom lært hjelpeløshet og mestringstro er det en sammenheng, for de som opplever lært hjelpeløshet, har ingen mestringstro. Dersom pasienten har tro på at hun kan mestre en oppgave, medfører det en rekke positive konsekvenser. Hvis pasienten har stor mestringstro vil hun prøve hardere og holde på lengre med å prøve dersom hun møter motstand (Espnes & Smedslund, 2009).

5.0 Oppsummering av funn

Det har vært en spennende og lærerikt prosess å se på hvorfor fenomenet selvskading utøves, og hvordan vi som sykepleier kan hjelpe til endret mestring.

Vi har fått en større forståelse for hvorfor selvskadere velger å skade seg selv. Vi har fått sett på årsakene til at pasientene velger å gjøre dette er veldig individuelt. Fenomenet selvskading er et ytre symptom på et indre problem, en mestringsstrategi som pasienten bruker for å mestre sin hverdag (Sjølie, 2006).

Målsetningen til personalet er ikke å få pasientene friske. Det handler om å få dem til å skade seg på en tryggere måte, og bruke andre mestringsstrategier enn det å skade seg selv. Det å sette en målsetning at pasientene skal bli helt frisk å slutte å skade seg er urealistisk.

Sofia Åkerman, som har hatt selvskadingsproblematikken selv, forteller i et intervju med God morgen Norge (2010) at hun har sluttet å skade seg. På spørsmålet om hun var blitt frisk, forteller hun at det er et vanskelig spørsmål å svare på, for hva er egentlig det å være frisk? Hun sammenligner frisk med det å være normal, og hva vil det egentlig si å være normal? Hun vil heller si at hun er tilfreds med sitt liv, for det forteller mer om hvordan hun har det.

Det er og veldig individuelt for hvordan vi som sykepleier kan hjelpe pasienten til å endre mestringsstrategiene. For å finne en mestringsstrategi som hjelper, er det viktig å se på hvilken funksjon selvskadingen har. Det viktigste arbeidet vi som sykepleiere gjør for å hjelpe selvskadere, er å hjelpe pasienten til å mestre å få kontroll over egne følelser og handlinger (Thorsen 2006). Intervjuobjektene fortalte at det er en lang vei å gå for å hjelpe en pasient til å finne nye mestringsstrategier, det må mye prøving og feiling til. Men de var stort sett enige i måte for behandling. Pasientene må være villig til å prøve og må ha tro på at de kan mestre det selv.

6.0 Litteraturliste

Arnold, L. & Magill, A. (2005): *Arbeid med selvskading*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Brinchmann, B, S. (red.)(2005): *Etikk i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Espnes, G.A & Smedslund, G. (2009) *Helsepsykologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven (2001) www.lovdata.no

Henriksen, A, T ... [et al.] (2007): *Miljøterapi, en modell for tenkning holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F. & Skaug, E, A. (2005): *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Gyldendal.

Kvig, E. & Moe, C,F.(2008):*Arbeid med selvskading*. Nordlandssykehuset HF, Psykiatri

Lien, A. J & Soland, G. (2006) *Moderat selvskading uten intensjon om selvmord. Forslag til forståelse og behandling*. Norsk psykologforening Rogaland lokalavdeling
(online 2006).[22.03.10] <http://www.npf-rogaland.net/oppgaver/aneoppg.htm>

Pasientrettighetsloven,(2001) www.lovdata.no

Psykisk helsevernlov, (2007) www.lovdata.no

Sjølie, H (2006): *Selvskading fra et brukerperspektiv*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.2

Sommerfeldt, B & Skårderud, F. (2008) *Hva er selvskading*. Tidsskrift den norsk legeforening nr.8,(online 2009). [06.01.10] <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2009%7C754-8.pdf>

Thorsen, G, R, B (2006): *Selvskading og selvmord... Ingen selvfølge*. Suicidologi årg.11.nr 1. (online 2006) Medisin og vitenskap [06.01.10] <http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2006-nr1/Bloch-Thorsen.pdf>

TV2 (2010) God morgen Norge, *Mitt indre monster*. Av Sofia Åkerman (online 08.03.10) [08.04.10] <http://www.tv2.no/gmn/mitt-indre-monster-3153959.html>

Vifladt, E. H og Hopen, L.(2004) ”*Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*”

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Oslo AS

Øverland, S (2006) *Selvskading, en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Åkermanm, S. (2005): *Sebrapiken*. Humanist forlag.

6.1 Selvvalgt litteratur

Arnold, L. & Magill, A. (2005): *Arbeid med selvskading*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
67 sider.

Espnes, G.A & Smedslund, G. (2009) *Helsepsykologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
7 side.

Kvig, E. & Moe, C,F.(2008):*Arbeid med selvskading*. Nordlandsykehuset HF, Psykiatri.
39 sider.

Lien, A. J & Soland, G. (2006) *Moderat selvskading uten intensjon om selvmord. Forslag til forståelse og behandling*. Norsk psykologforening Rogaland lokalavdeling
(online 2006).[22.03.10] <http://www.npf-rogaland.net/oppgaver/ancoppg.htm>
10 sider.

Sommerfeldt, B & Skårderud, F. (2008) *Hva er selvskading*. Tidsskrift den norsk legeforening nr.8,(online 2009). [06.01.10] <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2009%7C754-8.pdf>
4 sider.

Thorsen, G, R, B (2006): *Selvskading og selvmord... Ingen selvfølge*. Suicidologi årg.11.nr 1.
(online 2006) Medisin og vitenskap [06.01.10]
<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2006-nr1/Bloch-Thorsen.pdf>
5 sider.

TV2 (2010) God morgen Norge, *Mitt indre monster*. Av Sofia Åkerman (online 08.03.10)
[08.04.10] <http://www.tv2.no/gmn/mitt-indre-monster-3153959.html>
2 sider.

Vifladdt, E. H og Hopen, L.(2004) ”*Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*”
Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, Oslo AS
1 side.

Øverland, S (2006) *Selvskading, en praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Hele boka på 269 sider.

Åkermanm, S. (2005): *Sebrapiken*. Humanist forlag.

Hele boka på 247 sider.

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide om selvskading

Hvorfor utøves selvskading, og hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe til endret mestring.

Presentasjon av intervju person (utdanning og stilling)

1. Hvilken erfaring har du med selvskading?
2. Hvorfor utøves selvskading?
3. Hvorfor tror du selvskading utøves nå mer enn før?
4. Hvilke rutiner har dere på avdeling før selvskadingen skjer?
Hvilke rutiner har dere når selvskading skjer?
Hvilke rutiner har dere etter selvskading har skjedd? Etterarbeid.
5. Hva fokuserer dere på i aktuelle situasjoner der det skjer selvskading? Det fysiske eller det psykiske?
6. Hvilken mestringstrategier har dere for selvskadere på avdelingen?
Og hvilken erfaring har du med disse?
Føler du at disse mestringsstrategiene som dere har på avdelingen hjelper?
7. Tillates pasienten å ha utstyr for å kutte seg selv på rommet?
8. Er sykepleierne i avdelingen samkjørte i forhold til holdninger og handling i møte med selvskading?
9. Hvilke profesjoner samarbeider dere med i arbeid med selvskading?
10. Er det noe mere du ønsker å fortelle om temaet som ikke har kommet frem her?

Vedlegg 2

Søknad om tillatelse for innhenting av data på en avdeling.
Intervju av sykepleier.

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr.

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stiles til: _____

Avdeling / institusjon

Ved: _____

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: _____

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarsjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift