

Bacheloroppgave

SY180H 000

TEMA

Møte med selvskading i psykiatrien

Kandidatnummer

39

58

kull 05H – Våren 2008

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	3
1.2 Vårt møte med selvskading – to fortellinger	4
1.2.1 Fortelling 1	4
1.2.2 Fortelling 2	5
1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning	6
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2.0 VALG AV METODE	7
2.1 Innsamling av data	8
2.2 Ethiske overveielser	9
2.3 Metodekritikk	10
3.0 TEORIDEL	11
3.1 Teoretisk forankring; presentasjon av Travelbees tenkning	11
3.2 Etikk	13
3.3 Hva er selvskading?	13
4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN	15
4.1 Hvordan møtes pasienter som skader seg selv?	15
4.1.1 Rutiner og holdninger i avdelingen	19
4.2 Sykepleierens følelser i møtet med fenomenet selvskading.....	23
4.2.1 Preges møtet av sykepleierens følelser?.....	25
4.2.2 Avdelingens håndtering av personalets følelser og reaksjoner	26
4.3 Hvordan klare å forholde seg profesjonell?	28
4.3.1 Makteløshet hos hjelperen	29
4.3.2 Forståelse av fenomenet	30
5.0 KONKLUSJON	32
6.0 LITTERATURLISTE	34
Internett	35
Selvvalgt litteratur	35

Vedlegg:

Opplysninger til informantene

Intervjuguide

Søknadsskjema om tillatelse til intervju

Svarslipp fra avdelingene (tom)

1.0 INNLEDNING

”Tankene mine var de sykeste, jævligste, mest idiotiske, enkleste, mest skrekkinngytende tanker noen kunne forestille seg. De var uforklarlige, hang overhodet ikke sammen. En del av meg syntes jeg hadde vunnet nok en seier og at jeg enda en gang hadde lyktes i å balansere mellom liv og død. En annen del av meg skrek i redsel og panikk, for den delen visste at det kom til å skje igjen. Den delen visste at Sofia faktisk ikke var udødelig” (Sofia Åkerman 2005:21).

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Vi skal nå i siste semester av den treårige bachelorutdanningen i sykepleie, skrive en avsluttende oppgave om et selvvalgt tema. Vi er to studenter som har valgt å skrive sammen, med selvskading som tema. Temaet er valgt på grunn av vårt møte med mennesker som skader seg selv. Vi har begge opplevd å bli overmannet av følelser i møtet med en pasient fra denne gruppen, og vil gjerne lære mer om fenomenet selvskading, og om tilnærming til pasienter som skader seg selv.

Hovedformålet med denne oppgaven er å skaffe oss ny kunnskap og forståelse. Ønsket vårt er å belyse hvordan disse pasientene blir møtt i psykiatrien. Vi ønsker også å finne ut om det foreligger noen konsensus i avdelingene om hvordan man skal gripe an problematikken rundt selvskading. Videre ønsker vi å finne ut hvordan sykepleierne ansatt i psykiatrien takler møtet med pasienter som skader seg, og hvordan de takler de følelsesmessige reaksjoner de kan få i møtet med selvskading. Hvordan blir følelser og reaksjoner håndtert av den enkelte, blant kolleger og avdelingen som enhet? Selv om denne oppgaven skrives for at vi som studenter skal lære, og ikke for å bringe ut lærdom, håper vi likevel at vi underveis kan ha inspirert andre til refleksjon rundt temaet.

1.2 Vårt møte med selvskading – to fortellinger

1.2.1 Fortelling 1

Den unge kvinnen sitter nærmest forknytt ytterst på stolen. Det er ikke vanskelig å se at hun føler seg ukomfortabel med situasjonen. Hun bøyer hodet sånn at håret faller frem og delvis skjuler ansiktet. Hun knuger hendene sine gjennom hele samtalen. Ikke én gang møter hun blikket til behandleren som styrer samtalen. Samtalen dreier seg om selvskadingen hun utfører, og alvorligheten i denne. Behandleren og miljøterapeuten mener hun kutter veldig dypt, og at dette gjør stor skade på vevet, og kan få tragiske konsekvenser som kanskje ikke var tilsiktet. På spørsmål fra behandleren om hun har kontroll, og om hun kan klare å begrense dybden på kuttene svarer den unge kvinnen at kuttet må være dypt nok til at hun får den straffen hun skal ha...

Under denne beholdersamtalen ble jeg fylt med en uendelig tristhet og medlidenhet for den unge kvinnen som satt foran meg. Lena, som jeg vil kalle henne her, appellerte til noe i meg, et ønske om å beskytte henne mot sine egne tunge tanker, mot spiseproblematikken, mot trangen til å kutte seg selv og mot skyldfølelsen som får henne til å straffe seg selv.

Medlidenhet er kanskje ikke det beste utgangspunktet for tilnærming til pasienter i psykiatrien, men som sykepleierstudent uten noen erfaring fra psykiatrien ble jeg overmannet av disse følelsene, og jeg måtte bare prøve å håndtere dette så godt jeg kunne.

1.2.2 Fortelling 2

Jeg er på jobb en søndag kveld. En sykepleier ber meg om å gå inn på et rom og se til en ung kvinne. Hun har akkurat vært innom, og må hente kompresser og bandasjer. Jeg vet ikke helt hva som venter meg. Går forsiktig inn døra, og ser NN sitter i senga med dyna over seg. Jeg ber forsiktig om å få se leggen hennes, har med noen håndduker for å legge rundt mens vi venter. Hun er helt rolig. Jeg ser et stort gapende kutt i leggen, det går helt inn til beinet. Jeg beholder roen, men inni meg koker det. Hvordan er det mulig? Hvordan kan hun sitte der så rolig? Hvordan er det mulig å gjennomføre en slik handling? Jeg tenker bare at hun må ha en uendelig indre smerte for å klare å kutte seg så mye. Hun sa ikke i fra. Hun hadde tilsyn, men gjorde det mellom hvert tilsyn, over tid, under dyna, uten en mine i ansiktet. Så ble det oppdaget. Sykepleieren kommer inn og legger på kompresser. Vi har fått beskjed fra vakthavende lege at hun må til Kirurgisk poliklinikk. Jeg blir spurt om å være med. På poliklinikken kommer flere og ser på kuttet, det diskuteres hvordan det skal sutureres. Hun får bedøvelse.

Legen begynner å suturere. Først en gang, så en gang til. Det er så dypt. Han virker litt usikker, men kommer endelig i gang. Den unge kvinnen ligger helt rolig på en smal benk. Jeg sitter på en metallkrakk ved siden av. Etter to og en halv time er legen ferdig.

På vei ut virker hun lettet. Hun er lettere i humøret. Spøker med at legen virket usikker. Hun smiler. Jeg smiler tilbake, men føler meg helt utslått.

Dette er en hendelse som har gjort dypt inntrykk. Jeg var sterkt berørt, og hadde denne opplevelsen med meg i flere dager. Tenkte mye på hvordan det er mulig å gjennomføre en slik handling, og smerten som ligger bak. Tenkte på hvor glad, lettet og spøkefull hun var etterpå, og hva det gjorde med meg.

1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensning

Problemstillingen er formulert som et todelt spørsmål. Vi har valgt å gjøre dette for å favne rundt de spørsmål vi er mest interessert i å finne svar på. Problemstillingen er formulert slik:

Møte med selvskading i psykiatrien

- hvordan møtes pasienter som skader seg selv, og hva gjør møtet med selvskading med oss som sykepleiere?**

Vi har valgt å avgrense oppgaven med tanke på type selvskading. Den type selvskading vi har møtt i psykiatrien er risping eller kutting med skarpe gjenstander. Samtidig fremhever litteraturen kutting som den mest utbredte formen for selvskading. Vi ønsker derfor å fokusere på denne måten å skade seg selv. Vi møter problemstillingen fra et sykepleierperspektiv, og velger derfor å bare intervju sykepleiere. Utvalget av informanter er begrenset til sykepleiere som er ansatt i en psykiatrisk institusjon med døgnkontinuerlig drift, akutt- og allmennpsykiatriske poster.

1.4 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven, som til sammen består av 10279 ord, følger metodekapitlet, med beskrivelse av metodevalg og metodekritikk. Vi vil deretter presentere vår teoretiske forankring, og teori rundt fenomenet selvskading. Funn fra intervju vil bli presentert og drøftet opp mot teori og egne erfaringer i kapittel 4. Til slutt følger en konklusjon hvor vi vil prøve å samle trådene, og presentere viktige hovedpoeng fra drøftingen. Vi har valgt å gi pasienten en stemme gjennom sitater hentet fra Sofia Åkermans selvbiografiske bok *Sebrapiken*.¹ Sitater fra intervjuene står integrert i teksten, for å klart skille dem fra sitater fra litteraturen, som står med innrykk. Tidvis vil vi for enkelhets skyld kalle sykepleieren for hun, vel vitende om at de finnes mange dyktige mannlige sykepleiere der ute. Når vi presenterer funn fra intervjuene vil vi derimot skille mellom hun og han.

¹ Svenske Sofia Åkerman har kjempet seg ut av et liv som var preget av psykiske vansker, spiseforstyrrelser og selvskading. *Sebrapiken* er hennes egen, sterke historie om kampen for et verdig liv.

2.0 VALG AV METODE

”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” (Vilhelm Aubert i Dalland 2000:71).

I følge Dalland (2000) begrunnes metodevalget med at metoden vil frembringe gode data, og belyse temaet på en faglig interessant måte. I forbindelse med undersøkelser innenfor helse- og sosialsektoren er det begrenset hvilken innsikt som kan oppnås ved hjelp av kvantitative undersøkelsesmetoder (Arnold og Magill 2005). Vi har derfor valgt kvalitative metoder i denne oppgaven. De kvalitative metodene er i større grad egnet til å gripe tak i mening og opplevelse, noe som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland 2000).

Vi har valgt kvalitative intervjuer som grunnlag for oppgaven, og informantene er sykepleiere ansatt i psykiatriske avdelinger med døgkontinuerlig drift. Aadland (2004) fremhever halv- eller ustrukturerte intervjuer som den beste metoden for å la deltagerne komme frem med sine tanker mest mulig korrekt og upåvirket. Han sier videre at en intervjuguide ikke bør være for detaljert og omfattende. Han påpeker at guiden ikke skal være et spørreskjema, men mer en huskeliste for intervjueren. Det viktigste er at informanten får anledning til å snakke om det som opptar ham eller henne.

Oppgaven er også basert på søk i litteraturen, som et naturlig supplement til opplysningene innhentet fra informantene. Dalland (2000) sier at litteratur er et viktig fundament for nærmest alle studentoppgaver. Litteraturen inneholder kunnskapen oppgaven bygges på, og som man drøfter opp i mot. Dalland mener at vår egen førforståelse kan være begrenset, og at bruk av litteratur kan åpne for flere perspektiver.

I denne oppgaven bruker vi en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Fenomenologi kan defineres som læren om det som kommer til syne og viser seg. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist 2003)². Våre informanter gir oss et bilde på hvordan han eller hun opplever fenomenet selvskading og hvordan den enkelte opplever

² Eline Thornquist er fysioterapeut, dr.philos og førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø. Interessefeltet er spesielt helsefagenes kunnskapsgrunnlag. Hun har skrevet en rekke artikler og fagbøker.

avdelingens samlede holdning. Vi vil ikke få hele sannheten, men kan få et innblikk i hvordan fenomenet blir møtt. Slik danner vi oss et bilde av hvordan fenomenet selvskading blir møtt av den enkelte sykepleier, og i de ulike avdelingene.

Hermeneutikk dreier seg om å tolke og forstå fundamentet for menneskelig eksistens. Metoden er derfor viktig for alle som forbereder seg til å jobbe med mennesker. Det sentrale i hermeneutikken er at enkeltdeler må forstås i lys av helheten de hører hjemme i. I denne prosessen pendler man mellom å se helheten og å studere enkeltdeler. Dette kalles den hermeneutiske spiral. Metoden er anvendelig når oppgaven er å forstå, tolke og å finne mening og hensikt. Med hermeneutisk innstilling nærmer man seg det fenomenet en vil øke forståelsen for, og ved hjelp av egen førforståelse, og bruk av egne inntrykk, følelser og tanker rundt temaet som verktøy, kan man tolke fenomenet som utforskes. Tolkningen innebærer å finne skjulte meninger i et fenomen og fortolke disse. Siktemålet er å skape økt forståelse (Dalland 2000). Gjennom intervju, litteraturstudie, og vår egen førforståelse, vil vi prøve å finne et helhetsbilde sett i forhold til problemstillingen. Våre funn er hovedsakelig basert på subjektive uttalelser, og undersøkelsen har ingen validitet i positivistisk forstand, hvor resultatet skal være målbart, og kan forklares med årsak-virkning.

2.1 Innsamling av data

I forkant av undersøkelsen ble tillatelse til å samle data innhentet fra klinikkjefene ved de respektive avdelingene. Avdelingslederne plukket ut informantene, ut fra våre forutsetninger om at det måtte være sykepleiere, og at de hadde jobbet med pasienter som skadet seg selv. Vi intervjuet seks sykepleiere, tre fra allmennpsykiatrisk avdelinger og tre fra akuttposter, til sammen fem forskjellige avdelinger. Kjønnfordelingen er lik i gruppen med informanter. Avdelingene fikk på forhånd tilsendt intervjuguidens tre hovedspørsmål, mens vi selv hadde intervjuguide med hjelpespørsmål under hvert hovedspørsmål. Intervjuene ble gjennomført med en informant av gangen. Vi gjorde opptak av intervjuene, med opptaksutstyr lånt på høyskolen. En av oss ledet intervjuet, mens den andre gjorde notater underveis. Vi byttet på å lede intervjuene, slik at vi ledet tre intervju hver. Intervjuene tok gjennomsnittlig en halv time hver.

Vi har brukt både pensumlitteratur og annen litteratur. Bøkene fant vi ved å søke i bibliotekets søkebase BIBSYS. Litteratur ble valgt ut etter relevans for den aktuelle problemstillingen. Vi vektla at litteraturen skulle være av nyere dato. Vi har i størst mulig grad prøvd å holde oss til primærkilder. Vi søkte etter forskningsartikler på CINAHL, Science Direct og Sykepleien.no. Vi fant en del forskningsartikler som omhandlet holdninger og tilnærming til pasienter som skader seg selv. Men på grunn av denne oppgavens omfang har vi funnet at vi ikke kan gå inn på mer enn en av dem. Våre søk ga dårlig resultat når det gjelder sykepleieres følelser i møtet med selvskading, og vi vil derfor ikke presentere forskning om denne problemstillingen.

2.2 Etiske overveielser

Vi ønsket å intervju flere sykepleiere, fra flere avdelinger, blant annet for å sikre informantenes anonymitet. Muligheten for gjenkjenning minimaliseres ved å anonymisere både pasient og informanter i oppgaven. Det er vanlig å legge ved kopi av tillatelse til datasamling. Som et ledd i å sikre informantenes anonymitet, har vi kun lagt ved et tomt svarskjema. Av samme årsak har vi fjernet navn og avdeling på adressat på vedlagte søknad om tillatelse til datasamling. Utfylte svarslipper oppbevares hos veileder.

Det er nok muligheter for at pasient og sykepleiere kan gjenkjennes av veileder, men anonymiteten vil likevel være sikret gjennom veileders taushetsplikt. Opptak av intervju ble slettet så snart transkripsjon var utført. Informantene ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet hvis de ønsket.

2.3 Metodekritikk

På bachelornivå har vi ikke anledning til å innhente informasjon fra pasienter eller pårørende, og vi får dermed bare informasjon fra sykepleiernes ståsted. Dette kan medføre at informasjonen blir noe unyansert, og at oppfatningen av virkeligheten ville vært annerledes dersom vi hadde intervjuet pasienter eller pårørende.

Enkelte av spørsmålene dreier seg om rutiner og holdninger på avdelingen. Svarene her kan være preget av den enkeltes meninger, og at avdelingens holdning kommer noe i bakgrunnen. Vi regner også med at svarene kan være preget av den aktuelle situasjonen på avdelingen, på det tidspunktet intervjuet ble gjennomført.

Undersøkelsen er gjort i en forholdsvis liten skala, med seks informanter. Våre funn vil således ikke kunne anses som en allmenn forståelse for spørsmålsstillingene. Intervjuene var relativt korte, uten oppfølgingsintervjuer. Det er derfor mulig at vi ikke har fått med variabler som ville kommet frem under et lengre intervju, eller hvis informantene hadde hatt mulighet til å reflektere mer over problemstillingen for deretter å kunne uttale seg på nytt.

Oppgaven skal skrives ut i fra et sykepleierperspektiv. Det viste seg vanskelig å finne litteratur om selvskadning som er skrevet ut i fra sykepleieforskning. Vi har derfor valgt ut bøker om temaet som er skrevet av, og for behandlere.

3.0 TEORIDEL

3.1 Teoretisk forankring; presentasjon av Travelbees tenkning

Vi tar utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbee har selv jobbet som psykiatrisk sykepleier. Hun retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspekter ved sykepleien i sin sykepleietenkning. Travelbees tenkning og filosofi har hatt, og har fremdeles stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning (Kari O. Jensen i Travelbee 2001). Hennes sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert;

”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 mening i disse erfaringer” (Travelbee 2001:29).

Ifølge Travelbee (2001) er sykepleierens overordnede mål og hensikt å hjelpe en person til å mestre, bære og finne mening i de erfaringer som følger med lidelse og sykdom. Håp er sentralt knyttet til Travelbees tenkning. Hun definerer håp som en sjelelig tilstand, et sterkt ønske om endring, slik at livet blir fylt med mer mening og større glede. Håp gir en viss forventning om at ønskene er oppnåelige, og at man når fram til, eller oppfyller de mål man setter seg. Ikke alle vil gjenvinne sin helse etter sykdom, og en grunnleggende tanke er derfor at sykepleierens rolle er å formidle håp for å mestre sykdom og lidelse.

For å yte best mulig sykepleie må man etablere et menneske-til-menneskeforhold, hvor man trer ut av sine roller som sykepleier og pasient, og ser hverandre som unike, likeverdige individer. Dette forholdet bygges målrettet opp av sykepleieren i samspill med pasienten, og målet er gjensidig forståelse og kontakt. I det innledende møtet må sykepleieren legge bak seg forutinntatte holdninger som kan påvirke måten hun møter pasienten. Etter hvert som man blir bedre kjent, ser man hverandres identitet. På denne måten kan sykepleieren forstå pasientens situasjon bedre. Forholdet er primært bygget på erfaringer mellom sykepleieren og den syke, og hovedkjennetegnet er at den syke får ivaretatt sine behov (Travelbee 2001).

Empati er sentralt i etableringen av menneske-til-menneskeforholdet. Det er en prosess der man er i stand til å forstå betydningen av hva den andre tenker og føler i øyeblikket, og innebærer en nøytral forståelse av pasientens situasjon. Det vil si at man tar del i den andres tilstand, uten å bli en del av den. Dette krever at sykepleieren har livserfaring nok til å ha kjent på liknende følelser som pasienten har. Sympati og medfølelse er en videreføring av empati, som resulterer i ønske om å hjelpe. Gjennom empati og sympati kan sykepleieren oppnå gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2001).

God kommunikasjon er et viktig redskap i møtet med pasienten. Travelbee (2001) legger vekt på at man må utvikle gode kommunikasjonsteknikker, og at sykepleieren må være bevisst sine ferdigheter og evner i kontakten med pasienten. Det avgjørende i etableringen av en god relasjon er hva som kommuniseres, både verbalt og nonverbalt. Sykepleieren må også være bevisst på sine metoder og hva hun vil oppnå, uten at teknikken går på bekostning av den spontane kommunikasjon og samhandlingen.

Travelbee (2001) mener at et av kjennetegnene på en god sykepleier er at hun bruker seg selv terapeutisk. Det vil si at hun bruker sin personlighet, kunnskap, fornuft og intelligens for å fremme en ønsket endring hos pasienten. Ved gradvis å øke egen selvinnstikt vil hun gi slipp på automatiske og stereotype reaksjoner, og relasjonen til andre vil bli mer virksom. Sykepleieren må være oppmerksom på egen innvirkning på andre, og ha innsikt i hva det vil si å være menneske. Dette krever at hun er bevisst sine sterke og svake sider, og kan kombinere sine personlige egenskaper med empati og sympati.

Å bruke seg selv terapeutisk er en kunst og en vitenskap, det krever disiplin så vel som selvinnstikt, fornuft så vel som empati, logikk så vel som medfølelse. Følelsene blir ledet, men ikke undertrykt, av intellektet. Det er en forunderlig likevekt mellom de to aspektene, som forteller om et opplyst hjerte og et opplyst intellekt som arbeider sammen, ikke hver for seg, til beste for det mennesket som trenger den omsorg sykepleieren kan tilby (Travelbee 2001:45).

3.2 Etikk

Berit Støre Brinchmann (2005) sier at etisk teori som omhandler holdninger, væremåte og relasjoner utgjøres av blant annet nærhetsetikk. Etikken oppstår i møtet mellom mennesker. Innenfor denne etiske retningen ligger fokuset på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Brinchmann sier videre at i nærhetsetikken vektlegges også følelsenes betydning. Følelsene er nødvendige for å se betydningen av faglige og etiske verdier. Den etiske begrunnelsen ligger ikke i generelle lover og regler, men i forståelsen av situasjonen. Et av hovedmomentene er at vår oppmerksomhet rettes mot det særegne ved møtet og den enkelte situasjon. I nærhetsetikken settes fokuset på jeg-du-forholdet, som beskriver samspillet man har med hverandre.

3.3 Hva er selvskading?

”Jeg holdt ut i en time til. Deretter gikk jeg på toalettet og skar tre hakk i armen min, som jeg etterpå forbandt med dopapir. I samme øyeblikk som kuttet åpnet seg og de gule boblene under huden ble synlige, sovnet Lucifer inn. Og jeg ble fullstendig myk i kroppen, som balsam i et nydusjet hår” (Åkerman 2005:61).

Svein Øverland³ (2006) skisserer flere definisjoner på selvskading, og problematikken rundt manglende enighet om definisjon. Det har imidlertid de siste årene blitt tydelig at det viktigste kriteriet for å definere selvskading er om intensjonen bak selvskadingen er selvmord eller ikke.

Armando Favazza er ifølge Øverland (2006) en av de første som forsøkte å definere selvskading, eller ”self-mutilation” (selvmutilering) på en klar og logisk måte. Han beskriver dette fenomenet som ødeleggelse eller endring av kroppsvev, direkte og med hensikt, uten at intensjonen er selvmord. Denne definisjonen inkluderte ikke selvmordsforsøk, indirekte selvskadingsmetoder, svelging av objekter eller overdose av narkotika. Selvskading blir av enkelte forstått som en samlebetegnelse for ulike selvskadende og selvdestruktive fenomener.

³ Svein Øverland er spesialist i klinisk psykologi med fordypning i psykoterapi og familierapi. Han har videreutdanning innenfor dialektisk adferdsterapi og voldsrisikovurdering. Han har lang og variert erfaring fra målrettet arbeid med selvskading. Han driver også veiledning for faggrupper om selvskading.

Gerd-Ragna Bloch Thorsen⁴ (2006) sier at selvskadingen brukes som et middel for å makte å håndtere smertefulle tanker, vonde følelser og overveldende situasjoner. Selvskadingen hjelper mennesket til å føle seg bedre en stund, og til å få en følelse av å mestre livet sitt. Thorsens definisjon sier noe om forskjellen på selvskading og selvmordsforsøk; ved et selvmordsforsøk ønsker mennesket å dø, mens selvskading brukes for å holde ut livet.

Arnold og Magill (2005) oppgir kutting som den vanligste formen for selvskading, oftest på armer eller hender, noen ganger på bena. Sjeldnere ser man kutting i ansikt, mage rygg, hofter og ende eller på kjønnsorganene. Noen mennesker skader seg ved å brenne seg, skælde seg eller påføre kroppen slag. Andre kan skade seg ved kloring, plukking på sår og skorper, biting, skraping eller ved å putte skarpe gjenstander under huden eller inn i kroppsåpninger. Selvskading kan starte i barndommen, men det vanligste er at det starter i ungdomsårene. Noen begynner ikke å skade seg selv før de når voksen alder.

Thorsen (2006) definerer to hovedgrupper selvskadere, med bakgrunn i årsaker til selvskading; den ene er personer med medfødte vansker av emosjonell, kognitiv eller fysisk art. Den andre hovedgruppen er mennesker som har opplevd overgrep og traumer. I tillegg påpeker hun at mobbing, rasisme og trakassering kan lede til selvskading. Thorsen hevder videre at det er en åpenbar sammenheng mellom dissosiative lidelser⁵ og selvskadende atferd.

Finn Skårderud⁶ (Gulbrandsen 2006) sier at selvskading kan være drevet frem av skam, og kaller arrene på kroppen for ”skammens skrift i hud”. Skammen er en av menneskets selvbevisste følelser, og kan forstås som en del av vårt psykologiske forsvarssystem. Skårderud sier videre at skam kan defineres som den sterke følelsen av at man ikke er verdig til å bli elsket.

⁴ Gerd-Ragna Bloch Thorsen (1951-2006) var psykiater, spesiallege og psykoterapiveileder. I tillegg til å være leder for Norsk Psykiatrisk Forening og styreleder i stiftelsen Psykiatrisk Opplysning i Norge og Russland, var hun initiativtaker til Schizofrenidagene.

⁵ Dissosiering er en betegnelse på ulike psykiske fenomener. Beskrivelsen av fenomenet er formulert slik i det diagnostiske systemet ICD-10: ”Felles for dissosiative lidelser eller konversjonslidelser er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll av kroppsbevegelser”, ref Thorsen 2006.

⁶ Finn Skårderud (1956) er forfatter, psykiater og professor i helse- og sosialfag. Han driver egen praksis i psykoterapi, og jobber som psykiater med toppidrettsutøvere, og er tilknyttet Høgskolen i Lillehammer som professor II innenfor fagområdet Mediært oppvekst.

4.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

Vi vil her presentere og drøfte de funn vi har gjort. Opplysningene fra informantene blir presentert både som bearbeidet tekst og som sitatet fra informantene. Sitatene er i bokmålsform, og er til dels tilpasset av oss, for at de skal gi tilstrekkelig mening for leseren.

4.1 Hvordan møtes pasienter som skader seg selv?

”Jeg var sjalu på en av de andre pasientene som pleide å gråte i timesvis hver kveld og som alltid hadde en av de snilleste sykepleierne rundt seg til å trøste. Jeg klarte ikke å gråte, jeg kunne ikke få kjærlighet på den måten. Jeg greide ikke å vise følelser på noen annen måte enn å gjøre meg selv vondt” (Åkerman 2005:47).

Liv-Helen Odland (Brinchmann 2005) sier at sykepleiere må forholde seg til hele mennesket, at man må ha et holistisk menneskesyn. Dette innebærer å ha en helhetlig forståelse av mennesket. Vi må danne oss et helhetlig bilde av pasienten, og ha med oss at dårlig helse og sykdom kan bunne i mange årsaker. Ved en holistisk tilnærming betrakter vi pasientene som medmennesker og samarbeidspartnere som vi ikke kan forholde oss nøytrale til. Pasienten har erfaringer og forståelse for situasjonen som det er viktig at sykepleieren får ta del i, mens sykepleieren har den kompetanse pasienten trenger. Gjennom god kommunikasjon kan de sammen komme fram til relevante tiltak for å nå målene.

Det kan være en utfordring for sykepleieren å finne ut hvordan hun skal møte pasientens indre smerte. Mennesker med egenerfaring har uttalt at de noen ganger trenger hjelp til å ta oppmerksomheten bort fra smerten, mens de andre ganger trenger et rolig, empatisk vitne. Andre ganger igjen er det mest hensiktsmessig å gå inn i smerten, og å øve på å tåle den. Videre kan det være farlig å presse en som selvskader til å slutte med det, før pasienten har utviklet andre måter å håndtere sin indre lidelse på (Moe og Ribe 2007).

En av informantene poengterte at alle pasientene som kommer til avdelingen skal møtes på en høflig måte. Man skal håndhilse på dem, og de skal ønskes velkommen, før de blir vist til rommet og vist rundt på avdelingen. Han presiserer viktigheten av å møte pasientene med forståelse, høflighet og presentasjon.

Flere av sykepleierne forteller at det har skjedd en utvikling de siste årene i hvordan selvskading møtes. En av informantene forteller at det tidligere var vanlig praksis å overse alt som hadde med selvskading å gjøre, man ”satte skylappene på”. Selv om selve kuttingen ikke skal være direkte i fokus, bruker man nå mye mer tid på å snakke med pasientene. Man prøver å finne ut hvilke følelser som ligger bak selvskadingen, hva som utløser den.

To av informantene presiserer at pasientene er så forskjellige at man må vurdere individuelt for hver pasient hvilken tilnærming som er best. For den enkelte pasient kan det variere fra dag til dag, og fra situasjon til situasjon, hvordan man best møter pasienten. En av sykepleierne beskriver en pasient som veldig uforutsigbar, og at hun kan bli i tvil om hvor ofte hun bør se til henne; *”Vi vet heller aldri når hun går inn på rommet, om vi bør følge etter, eller om hun bør få være i fred... Det er jo ikke sånn at vi går inn til de andre pasientene hele tiden for å sjekke dem. Skal vi da gjøre det hos henne? Hun har jo også krav på privatliv.”*

Kuttingen blir ansett som en mestringsstrategi som pasienten nærmest er helt avhengig av. Det er det som ligger bak selvskadingen som skal ha hovedfokuset. Ro, trygghet, aksept og forståelse blir av flere av informantene trukket frem som viktig i møtet med denne pasientgruppen. En av sykepleierne sier dette om å akseptere pasientenes strategier; *”Bare det at pasientene får aksept hos meg for å skade seg... ”det er greit at du selvskader, jeg skal ikke ta det i fra deg”. Det gir dem en trygghet på at jeg ikke er ute etter å rydde rommet deres for ting de kan skade seg med. Og da får du en helt annen terapeutisk forutsetning...”*. Hun sier videre at selvskading ofte er skambelagt, og at pasientene trenger å få lagt vekk skammen.

Hensikten med kartlegging av dysfunksjonelle mestringsstrategier, og opprinnelsen til disse, er ikke å unnskyldde eller bortforklare. Målet er å hjelpe personen til å avlære uhensiktsmessige mestringsstrategier, og til å forstå sitt eget indre liv (Moe og Ribe 2007).

Informantene er samstemte i at selvskadingen må forstås som et symptom og ikke en diagnose. De beskriver en litt varierende praksis i hvordan pasienter som kutter/risper seg selv blir møtt. En ting er det imidlertid enighet om, og det er at fokuset skal være på pasienten, og ikke på selve såret. En av informantene sier det slik; *”Strategien er at vi ikke skal ha fokus på selve selvskadingen, vi skal ha fokus på mekanismene bak. Vi skal se mennesket, vi skal ikke se såret.”* En annen av informantene presiserer at sykepleierne ikke skal gå inn i noen ”morsrolle”; *”Da blir oppmerksomheten på det å kutte seg, og det er ikke der hovedfokuset skal være”*.

”Mia var ikke som noen av de andre psykologene jeg hadde møtt. Selv om jeg hadde sittet time etter time, uke etter uke og pratet med dem, hadde de aldri kunnet gjøre meg frisk. Mia forsto hva vi pratet om, hun visste hva hun skulle si. ”Kjærlighetsmetoden” kalte hun det, det var et passende navn. Hun overøste meg med kjærlighet og omtanke og det var aldri antydning til bebreidelser i samtalene våre. Mia visste ikke en gang hva ordene ”skjerp deg!” betydde” (Åkerman 2005:29).

Sofia Åkerman skriver i sin bok at det var kjærlighet som reddet henne. Kjærlighet fra familie, venner og en behandler som betydde usedvanlig mye for henne. Ingen av våre informanter beskriver noe slikt i møtet med pasienter som skader seg selv. Likevel tolker vi det som at det ligger veldig mye omsorg for pasienten i behandlingen. Måten informantene snakker på tilkjenner en godhet for pasientene, noe som ikke kommer til syne med det skrevne ord.

Travelbee (2001) beskriver sympati og medfølelse som en varme og godhet, og evne til å gi omsorg for den syke. Dette er omsorg kommunisert til den andre på et følelsesmessig nivå. En kortvarig form for medlidenhet. Man er ikke redd for å vise interesse eller bekymring, samtidig som man ikke blir så oppslukt at man blir handlingslammet. Sympati og medfølelse beskrives som den personlige omsorgsegenskap, hvor man oppriktig ønsker å lindre den andres plager. Varmen i sympati og medfølelse som omsorgsegenskap, kommuniseres både verbalt og nonverbalt. Ofte kan sykepleierens atferd og væremåte også formidle medfølelse.

Arnold og Magill (2005) presiserer at både av hensyn til pasienten og hjelperen må det settes grenser for hva hjelperen tilbyr. Man kan ikke beskytte andre mot sin egen smerte. Den må de selv bære. De må selv finne andre måter å mestre smerten på. Hjelperen kan være en verdifull ressurs i denne prosessen, men må være beredt til å la pasienten ta ansvar for seg selv.

En av informantene opplyser at noe av filosofien er ansvarliggjøring, og at pasientene skal ta del i behandlingen. Når de skader seg i avdelingen skal de ta ansvar i den grad de kan, og får utlevert utstyr for å rense og bandasjere såret selv. Han presiserer imidlertid at fagpersonell tar seg av sårstedet når det er nødvendig. En slik ansvarliggjøring hører vi også om på en annen avdeling hvor pasienten gjerne må være med å tørke opp blodsøl etter selvskadningen.

I en undersøkelse fra to akuttpsykiatriske avdelinger i Irland trekkes det frem pasientfokuset, løsningsorientert, atferdsterapeutisk, og medikamentell tilnærming som løsning i møte med disse pasientene. Informantene fant det imidlertid vanskelig å beskrive deres egen tilnærming i detalj (Gijbels og O'Donovan 2006). Dette kan kanskje henge sammen med det som to av våre informanter presiserte; at pasientene er så forskjellige. Pasientene krever forskjellig tilnærming, og samme pasient kan kreve forskjellig tilnærming til forskjellige tider.

Vi mener at et holistisk menneskesyn er nødvendig for å få en god relasjon til pasienten. Vi må se hele mennesket. Å erfare andres smerte kan være en utfordring for de fleste sykepleiere. Torild Sneltvedt (Brinchmann 2005) sier at vi må bruke følelsene som en ressurs i det profesjonelle møtet, det vil si være empatisk, for å forstå den andres situasjon. Dette vektlegger et likeverdig samspill mellom det intellektuelle og følelsesmessige. Hun sier videre at sykepleier-pasientforholdet skjer i en profesjonell sammenheng, der det moralske ansvaret innebærer at våre handlinger baseres på fagkunnskap.

4.1.1 Rutiner og holdninger i avdelingen

”Overlevelsesstrategien vokste frem av seg selv, og de ørsmå dråpene av kjærlighet og omtanke jeg opplevde slukket den verste tørken i min ørken” (Åkerman 2005:111).

Alle informantene fastholder at avdelingen har, om ikke faste rutiner, så i hvert fall en grunnholdning i forhold til selvskading. De mener også at sykepleierne på avdelingene er samkjørte i forhold til holdning og handling. En av sykepleierne forteller at de på avdelingen har jobbet mye med holdninger blant personalet i forhold til selvskading. Hun sier videre at god kunnskap gjør det lettere å ha en felles plattform. En annen informant forteller at de prøver å følge en grunntanke i avdelingen, men at det av og til sklir ut, og at man da må sette seg ned å diskutere. Han forteller at det forekommer opphetede diskusjoner i forbindelse med møter på avdelingen om rundt dette temaet.

En av informantene forteller at korte innleggelse er en klar strategi på avdelingen; *”Vi ser at denne kategorien pasienter biter seg ofte fast, hvis de får noe over tre til fire døgn. Vi tenker at vi skal ta maks tre døgn, og så skal vi ta det akutte. Det skal vi gjøre effektivt i løpet av to til tre døgn og så skal de sendes videre... gjerne til poliklinisk oppfølging.”* Sykepleieren fremhever dialektisk atferdsterapi⁷ som en god behandlingsmetode for disse pasientene, og forteller at disse pasientene gjerne henvises til oppfølging hos kognitive terapeuter.

I vårt første møte med psykiatrien ble vi forbauset over at pasienter ”fikk lov til” å skade seg selv på avdelingen, at det ble gjort avtaler om kontrollert kutting. Vi reagerte på at de fikk lov til å beholde utstyr til å kutte seg med, og at det sågar ble delt ut barberblader til dette formålet. Thorsen (2006) sier at det ikke finnes noe enkelt svar på spørsmålet om man bør stoppe en pasient som selvskader, eller ikke. Hun mener at dersom skadene er store, livstruende og varige, skal man på en skånsom måte prøve å forhindre ødeleggelsene. Men hvis de ikke er det, kan man øke selvmordsfaren ved å ta fra pasientene denne mestringsstrategien. Ved å selvskade kan pasienten lette på trykket, og det kan gjøre at han unngår den verste panikken, og den dypeste depresjonen.

⁷ Dialektisk atferdsterapi er forankret i læringsteori og vanlig kognitiv atferdsterapi, med tillegg av spesielle strategier for pasienter med emosjonell, ustabil personlighetsforstyrrelse. Ref. Kåver og Nilsson 2005

Informantene forteller om en varierende praksis rundt spørsmålet om pasientene tillates å oppbevare utstyr for kutting. Det varierer både fra avdeling til avdeling, og fra situasjon til situasjon. Det blir gjort en individuell vurdering om pasientene har kontroll nok til å oppbevare slikt utstyr selv. Pasienter som blir vurdert som suicidale får selvfølgelig ikke ha noe på rommet som de kan kutte seg med. Flere av informantene påpeker at det er av stor betydning for pasienten å vite at de har tilgjengelig utstyr til å skade seg med. Slik sier en av dem det; *”Det er en trygghet for dem å ha noe å selvskade med. Visshet om at hvis de skulle trenge noe, så har de det. For hvis du tar i fra dem som selvskader redskapene deres, så vil suicidaliteten øke.”* Et annet moment som blir trukket frem av flere av informantene er at hvis pasientene blir fratatt den redskapen de har til å kutte seg med, så vil de finne erstatning for dette. Kanskje noe som gjør mer skade enn et barberblad eller en kniv ville gjort.

På enkelte avdelinger deles det ut barberblader til pasientene. Mens én avdeling deler ut barberblad, og gjør avtaler om kutting, blir det på de andre avdelingene delt ut for barbering. Personalet er stort sett klar over at barberbladet vil bli brukt til kutting, men vårt inntrykk er at dette er noe det ikke snakkes om. På andre avdelinger virker det som at utdeling av barberblad er helt utenkelig.

I den irske undersøkelsen forteller informantene at å opprettholde sikkerheten, og å hindre selvskading har høyest prioritet i deres arbeid. Dette innebærer blant annet at skarpe gjenstander blir tatt fra pasienten, og at pasienten bes om å kle seg i nattøy. En av informantene forteller at hun var ukomfortabel med denne praksisen, men at hun føyer seg etter dette fordi det var sykehusets retningslinjer. Videre kommer det frem at blant annet spesiell observasjon, ”ikke skade-kontrakter” og avledning blir brukt for å forebygge selvskading (Gijbels og O’Donovan 2006).

Litteraturen støtter våre informanternes konklusjon om at selvskadingen kan være helt nødvendig for pasientene, og at å frata dem muligheten vil kunne gjøre vondt verre. En autoritær tilnærming som forbud mot å skade seg selv, vil i følge Arnold og Magill (2005) heller forverre problemene enn å fjerne dem. Få eller ingen mennesker reagerer positivt på å bli nektet å utføre handlinger som de selv opplever som viktige. Hvis man hindrer disse pasientene å skade seg, kan man ofte se en enda sterkere selvskading når de igjen får muligheten til å skade seg.

På den ene allmennpsykiatriske avdelingen blir det presisert overfor pasientene at selvskading ikke er ønskelig, og det gjøres avtaler med pasientene om at de ikke skal skade seg selv under innleggelsen. Det foregår likevel, uten at de blir fratatt muligheten. Men hvis det eskalerer i frekvens eller omfang, kan de ikke være innlagt på denne posten. Da blir pasientene skrevet ut igjen. De må ha et visst funksjonsnivå for å være der, og det kan bli vurdert dit hen at de ikke er rede til å jobbe med det som er vanskelig, og at man må vente med behandling. Før en eventuell utskrivning blir det gjort en vurdering om det er økt risiko for selvmord. Hvis det foreligger økt fare for selvmord, blir pasientene overført til en akuttpost.

Også den andre allmennpsykiatriske avdelingen overfører pasientene til en akuttpost dersom pasienten vurderes som suicidal. I følge en av informantene er dette blant annet et ressurs spørsmål. Akuttpostene har de ressursene som trengs for å kunne gjennomføre de tiltak som er nødvendig for å ivareta en suicidal pasient.

Fotfølge trekkes frem som et høyaktuelt tiltak for pasienter som er suicidale. To av informantene mener at personell med lite erfaring, og som kanskje føler seg usikre, bruker fotfølge som virkemiddel i større grad enn de med lengre erfaring. En av sykepleierne uttrykte seg slik; *"Ofte kommer de inn på ettermiddagen, eller på kvelden. Så er det leger som tar i mot dem og vurderer dem, og mange er turnusleger, med lite erfaring med dette, som gjerne er usikre og så setter de på fotfølge. Dagen etter blir gjerne fotfølget opphevet."*

"Den lille gnisten, som jeg fremdeles hadde hatt inni meg i årene på Barnepsykiatriske avdeling, sluknet. Den lille dråpen av håp jeg hadde igjen tørket bort, og det lille av kjærlighet jeg fremdeles var i stand til å ta imot, ble låst ute av tredobbelte dører" (Åkerman 2005:111).

Ingen av de allmennpsykiatriske avdelingene bruker tvangsmidler. På akuttpostene er bruk av tvang en sjeldenhet blant disse pasientene. En av akuttpostene bruker en del skjerming, enten i skjermet enhet eller på eget rom. Tiltaket er særlig aktuelt når der er flere pasienter som sliter med selvskadingsproblematikk. På samme avdeling brukes også skjerming for kortere perioder i en kartleggingsfase. Dette for å avklare selvmordsfaren. På en av de andre akuttpostene blir grensesettingen mer i retning av at pasienter med sår på armene kan bli bedt om å ta langermede gensere på seg ute i miljøet.

En av informantene fra akuttavdeling forteller at det noen ganger kan bli en veldig smitteeffekt i avdelingen. Særlig når det er innlagt flere pasienter med selvskadingsproblematikk. Noen ganger øker frekvens og alvorlighetsgrad så mye at de må fjerne alt utstyr som kan brukes til kutting. Informanten trekker også frem faktorer som hygiene og sikkerhet for de andre pasientene, i vurderingen om pasientene selv kan oppbevare utstyr for å kutte seg. En annen sykepleier påpeker også nødvendigheten av å tenke smittevern. Noen pasienter har ulike former for smitte, og da må man ta ansvar for det.

Bruk av avledning som for eksempel turer, kortspill eller samtaler brukes i stor grad for å begrense selvskadningen. En av informantene forteller om en omlegging i bruken av dette virkemiddelet, spesielt i forhold til en av langtidspasientene. Mens de før dro ut på kafé eller kjøpesenter som avledning når pasienten var veldig dårlig, gjør de nå disse aktivitetene når hun har det bedre. Tanken bak dette er at aktiviteten skal bli mer lystbetont, at det skal fortone seg som en god, positiv opplevelse og at hun skal få mer utbytte av det. De kan da heller bruke andre aktiviteter som avledning når pasienten er dårlig.

Alle avdelingene, unntatt en, går rutinemessig gjennom bagasjen til pasientene når de blir innlagt. Den siste avdelingen gjør en vurdering fra innleggelse til innleggelse, om de skal iverksette dette tiltaket. Dette er et tiltak som gjøres med pasientenes samtykke. En av informantene fra en allmennpsykiatrisk avdeling presiserer at hvis pasientene ikke gir et slikt samtykke, og tvang må iverksettes så kan de ikke være på den avdelingen. Der er de helt avhengige av å ha et godt samarbeidsklima.

Vi er i tvil om praksisen om å ransake bagasjen uten vedtak holder juridisk. Vi kan ikke se at § 4.6 i loven om psykisk helsevern (Lovdata.no, 040408), som omhandler undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon, gir åpning for et slikt tiltak uten vedtak. Dette vedtaket skal i tillegg bunne i en begrunnet mistanke om at pasienten forsøker å innføre eller har innført medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand. Vi tolker det dermed slik at et slikt vedtak ikke kan fattes rutinemessig.

Alle informantene er enige om at målet må være at disse pasientene skal finne andre måter å uttrykke seg på, at de skal finne andre mestringsstrategier. Det foreligger også en erkjennelse om at dette er noe som kan ta lang tid.

4.2 Sykepleierens følelser i møtet med fenomenet selvskading

Å arbeide med mennesker som skader seg selv, handler mye om å øke egen forståelse og eget mestringsrepertoar. At sykepleieren skal være uberørt i møte med en pasient er helt urealistisk. Utfordringen ligger ikke i å undertrykke egne følelser, men å kjenne dem, håndtere og kontrollere dem. Målet for hjelperen er ikke å avstå fra å føle noe, men å kunne tre ut av følelsen når det trengs. I det profesjonelle møtet mellom sykepleier og pasient, er det viktig at det er pasientenes følelser som er i fokus. Utlufting hos kolleger eller i veiledning er viktig for å kunne avgjøre hva som er best for både pasient og hjelper (Moe og Ribe 2007).

Involvering er evnen til å bry seg om og ha omsorg for andre mennesker, og å omsette denne omsorgsevnen til hjelpende handling. Hvis sykepleieren skal etablere et hjelpeforhold til den syke, er hun nødt til å engasjere seg følelsesmessig. Hun må forsøke å føle og oppleve sammen med den syke. Det vesentlige er at hun også må være bevisst hva hun føler og opplever. Hun må ikke la seg blinde av sine følelser i den grad at hun ikke ser hva som skjer i forholdet mellom henne og den syke (Travelbee 2001).

Flere av informantene beskriver til dels meget sterke reaksjoner i sitt første møte med selvskading. Dette er reaksjoner som angst, sinne, sjokk og handlingslammelse. To av sykepleierne mener at de ikke hadde reagert noe særlig ved det første møtet med fenomenet. En av informantene beskriver at han reagerte med sinne ved sitt første møte med selvskading; *”Pasienten som skadet seg, skadet også avdelingen. Hun knuste vaser og hun knuste speil, og tok dette for å skjære seg med, og jeg tror nok at sinnet var mye rettet mot de materielle skadene, jeg tror ikke det var rettet mot henne. Og jeg tror jeg følte sinne på grunn av den følelsesmessige belastningen det gjorde med meg... det tror jeg... da er jeg hundre prosent ærlig”*. Han setter dette sinnet i forbindelse med en følelse av å ikke mestre situasjonen. Han mener at man må møte dette fenomenet noen ganger før man klarer å håndtere og mestre det. Flere av informantene beskriver at de kunne bli litt ”satt ut” når de var ferske og hadde lite erfaring.

Flere beskriver at det ikke er synet av sår, blod og arr som berører dem mest, men mer den viten om de traumer og indre smerter som forårsaker selvskadingen. De fleste mener også at de nå ikke har særlig sterke reaksjoner. En av informantene vedgikk at det fremdeles kunne være vanskelig å stå i det enkelte ganger, og at det kunne fremkalle angst hos henne selv. Selv

om angstnivået har sunket betraktelig etter hvert som hun har fått mer kunnskaper og erfaring, så hender det at hun er redd for at pasientene skal ta sitt eget liv; ” *Klart jeg får mye angst! Jeg får skikkelig mye angst, og da er det å klare å kakke meg selv i hodet og ikke handle ut i fra angsten, men ut i fra fornuft og det jeg har lært, hvilke kunnskaper jeg har. Altså, selvskading er jo på siden av all fornuft... det er grotesk i forhold til hva jeg tenker og hvordan jeg regulerer mine følelser. Jeg kan ikke tenke meg å sitte og skjære meg opp, det blir for vilt... og fremmed... og skremmende. Og så er man jo redd for at de skal ta livet sitt... kjemperedd for det*”.

Alle informantene forteller at med erfaring og økt kunnskap blir det lettere å forholde seg til et fenomen som selvskading. En av sykepleierne forteller at da hun var ny, synes hun det var vanskelig og helt uforståelig at hun skulle dele ut barberblad, for så å rense dem når pasienten hadde kuttet seg; ”*Nå kan jeg forstå det bedre fordi jeg har lært mer. Jeg vet at de alltid vil finne andre, mer skadelige eller farligere måter å skade seg, for eksempel med knuste lyspærer*”. En annen informant sier at terskelen for å bli ”satt ut” er mye høyere nå, enn da hun var ny. En av sykepleierne på akuttpost presiserer at dette med selvskading slett ikke er det verste de kommer borti der. Der kommer de borti ting som er mye verre å stå i. Det blir hevdet av en av informantene at en erfaren sykepleier også kan bli berørt av et fenomen som selvskading; ”*En som har jobbet i tjue år er noen ganger like berørt som en som er mindre erfaren*”.

Flere av informantene beskriver følelser som frustrasjon og oppgitthet. Slike følelser kan blant annet oppstå når man har stripset og bandasjert et nytt kutt, og jobbet mye med pasienten, bare for å oppleve at de har ”plukket” eller kuttet opp såret igjen senere. En av sykepleierne forteller om følelser som skuffelse og irritasjon; ”*Jeg kjenner noen ganger at jeg blir skuffet og kanskje irritert fordi hun skader seg. Mest fordi man har gjort noe hyggelig sammen på ei vakt og så går hun likevel og skader seg etterpå. Det virker som om pasienten skader seg selv hver gang hun har hatt det hyggelig, og når hun har vært på permisjon noen dager. Det virker som hun vil straffe seg selv*”.

En av sykepleierne forteller at hun enkelte ganger blir fysisk kvalm av å stå i det over tid, hun beskriver en episode hvor hun behandlet et sår den ene dagen, og neste dag hadde pasienten kuttet seg igjen. Denne gangen måtte såret sys, og hun kjente at hun ble kvalm av å stå i det.

Informantene beskriver at de har den trygghet og ro som er nødvendig i forhold til disse pasientene. En av sykepleierne fokuserer på at trygghet er helt nødvendig; *"Pasienten er jo veldig utrygg... så man må jo ofte være den som skaper trygghet. Og man må jo prøve å være litt bevisst på det"*.

4.2.1 Preges møtet av sykepleierens følelser?

"Og for å få sykepleierne til å prate med meg bet jeg av stingene på håndleddet mitt, om ikke annet fikk jeg dem i det minste til å rope: For helvete, Sofia! Slutt!" (Åkerman 2005:48).

I psykiatrien er overføring og motoverføring sentrale begreper. Overføringer viser til at vi overfører våre følelser, holdninger og reaksjonsmønstre som vi hadde til viktige personer i barndommen, til mennesker vi møter senere i livet. Fenomenet skjer ubevisst og intuitivt i prosesser som oppstår i en hjelperelasjon. Freud definerte motoverføring som terapeutens bevisste og ubevisste reaksjoner i samspillet med en pasient (Øverland 2006).

Hvis man som sykepleier skal etablere et hjelpende forhold til pasienten, er man nødt til å engasjere seg følelsesmessig. I følge Joyce Travelbee (2001) må man prøve å oppleve og å føle sammen med den syke.

Torild Sneltvedt (Brinchmann 2005) sier at å møte mennesker i smertefulle situasjoner, og samtidig yte hjelp, gir stor grad av mening. Dette kan også være belastende. Overdreven empati er en situasjon der følelsene overfor pasienten blir så sterke at vi mister fokus. Vi kan komme til å engasjere oss så sterkt følelsesmessig at vi mister fokus på det faglige.

En av informantene mener at pasientene vil merke det dersom sykepleieren er preget av sterke følelser, og at møtet kan bli preget fordi pasientene er veldig sensitive for andres reaksjoner. Det er viktig at sykepleieren klarer å formidle trygghet i møtet med pasientene. En annen av informantene sier at sinne og avvisning er følelser som gjør at relasjonen ikke blir hensiktsmessig. Han fokuserer på at relasjonen må være slik at sykepleieren kan veilede og gi råd, og komme med positive tilbakemeldinger. Da kan de jobbe atferdsterapeutisk.

Flere av sykepleierne forteller at de har nokså god kontroll på dette med følelser, og at de ikke lar seg styre av egne følelser. Det påpekes at dette er helt nødvendig for å kunne hjelpe pasienten.

Sykepleierens eget følelsesregister påvirker hvilke følelser som vekkes i møtet med pasienten. Det vil være lærerikt å bli bevisst hvilke reaksjoner som fremkalles i forskjellige situasjoner. Det vil da bli lettere å forutse egne reaksjoner, og en kan øve seg på å håndtere disse følelsene (Moe og Ribe 2007).

4.2.2 Avdelingens håndtering av personalets følelser og reaksjoner

Arnold og Magill (2005) sier det er en forutsetning med støtte, og kanskje veiledning, til personell som jobber mye med mennesker som selvskader. En av sykepleierne mener at det bare de siste månedene har skjedd en endring til det bedre på dette området. De har blitt mer observante på dette med reaksjoner hos personalet. Hun føyer til at det er viktig å håndtere egne følelser for å kunne være gode hjelpere. En av de andre informantene mener også at oppfølgingen i avdelingen har blitt mye bedre i den senere tid, og at det før var mer sann at folk noen ganger gruet seg for å gå på jobb, og håpet at det ikke ville skje noe på deres vakt.

På en avdeling har de nylig innført en ordning med at personalet kan bruke en annen post for samtale etter spesielt vanskelige episoder. Det oppfattes av informanten som et skritt i riktig retning. Den samme sykepleieren mener at det på generell basis har vært for dårlig oppfølging i forhold til å håndtere personalets reaksjoner og følelser. Han mener at man til dels har blitt møtt med den holdningen at hvis du jobber i helsesektoren, så bør du tåle det.

Kollegaveiledning blir av alle informantene fremhevet som den viktigste faktoren for å få bearbeidet egne opplevelser og reaksjoner. Mens de på en avdeling bruker en psykolog tilknyttet avdelingen for å bearbeide egne følelser, ble det fremhevet som vanskelig å bruke behandlerne til dette på en annen avdeling. Der er de redde for å "få noe på papiret". De bruker for det meste kolleger på eget nivå for å lufte ut egne følelser og reaksjoner.

På en av de allmennpsykiatriske avdelingene har de koblet inn veiledningsforsterkinger i forhold til selvskadingsproblematikk, men også der fremheves kollegaveiledning som spesielt viktig. På flere andre avdelinger har personalet veiledning etter hvilke behov det er. En av informantene kan imidlertid ikke huske at de har hatt veiledning spesielt på problematikken rundt selvskading. Det understrekes av informantene at det er viktig å ha fora hvor man kan lufte ut all frustrasjon, følelser og problematikk rundt det å ta avgjørelser. Flere informanter forteller at de har slike fora, hvor de selv kan foreslå tema som skal tas opp. Disse foraene kan ha både en formell og en litt mer uformell karakter.

Flere av informantene påpeker viktigheten av å snakke ut om vanskelige episoder før man drar fra jobben. Faren for å ta ting med seg hjem blir mindre hvis man prater om det før man drar hjem. En av informantene forteller at det er en regel hos dem at de ikke skal forlate jobben før de har snakket ut om vanskelige ting. Noen av informantene forteller at det har hendt at de har tatt jobben med seg hjem, mens én mener han er flink til å legge jobben igjen når han går hjem. En av sykepleierne forteller at hun noen ganger har ringt for å sjekke hvordan det går med pasientene, når de skadet seg så alvorlig at de er henvist til et annet sted for behandling.

4.3 Hvordan klare å forholde seg profesjonell?

Flere av sykepleierne påpeker at man må være helt bevisst sine egne følelser og reaksjoner. En av informantene sier det slik; *”Man må forholde seg fornuftig til det i stedet for å stå i sin egen angst... ikke gå i den fella. Og man må ha kunnskap. Jo mer man vet og kan om det, jo bedre forutsetninger har du [...]”*. En annen sykepleier presiserer at det er viktig at sykepleieren setter pasienten i sentrum, og ikke seg selv. Flere av informantene sier det er viktig å stadig minne seg selv på hvorfor pasientene skader seg selv, og hva som ligger bak disse mekanismene. En av informantene fremhever også bruk av kollegaveiledning i arbeidet med å være profesjonell. Kunnskap og erfaring trekkes frem som viktige faktorer.

I følge Travelbee (2001) involverer den profesjonelle sykepleieren seg følelsesmessig, uten at det går ut over dyktigheten. Ved å være bevisst sine tanker og følelser for pasienten, samtidig som man forstår målene for sykepleien, kan man på best mulig måte verne seg mot umodne former for følelsesmessig involvering. Travelbee hevder at den profesjonelle sykepleieren har to karakteristiske kjennetegn; den disiplinerte intellektuelle tilnærming til problemer, og evnen til å bruke seg selv terapeutisk.

”Manipulering av personalet var et av mine viktigste tidsfordriv” (Åkerman 2005:48).

En av informantene fra akuttavdeling mener at det er en viss fare for splitting og projeksjon hvis pasientene er for lenge innlagt. Han sier videre at splittingen også ofte utspiller seg i personalgruppen, at pasientene deler personalet i ”de gode” og ”de onde”. Denne splittingen resulterer noen ganger i kritikk mot behandlingsteamet rundt pasienten; *”Jeg som står i behandlingsteamet og har ansvaret, og har vært med å lage behandlingsplan, får kanskje mye pepper for måten pasienten har vært på, eller at behandlingsplanen er svada [...]*. Da hender det at vi rett og slett må ta oss tid til å snakke om dette, og avdelingsleder og sjefspsykolog må legge føringer for at nå er det splitting som foregår, og at det er behandlingsteamet som har ansvaret, så de andre må styre unna”.

Øverland (2006) sier at motoverføringer kan påvirke hele avdelingens klima. Det kan beskrives med at personalgruppa splittes og kommer i et konkurranseforhold, og at det oppstår grupperinger som ”de snille” og ”de slemme”. Dette kan resultere i at noen av personalet blir preget av skyldfølelse, eller tar på seg rollen som den som skal redde pasienten. En annen reaksjon kan være sinne og likegyldighet. Pasienten kan bli framstilt som totalt hjelpeløs, eller som manipulerende. Både overføring og motoverføring vil aktivere sterke reaksjoner følelsesmessig. Ved bevisstgjøring kan motoverføring brukes som et middel for å forstå pasienten bedre. Gjennom veiledning kan oppdaget motoverføring være mer en styrke enn en svakhet. Det kan mobilisere empati, og gi et bilde på pasientens smerte.

4.3.1 Maktesløshet hos hjelperen

”De lot som de ikke så meg og prøvde så godt de kunne å gjemme ansiktet i avisen, for å skjule at deres godt opptrenede psykiske styrke begynte å vakle i stormen” (Åkerman 2005:48).

Øverland (2006) poengterer at det alltid kan oppstå situasjoner hvor hjelperen føler seg maktesløs, og at dette skjer uavhengig av erfaring. Flere av informantene forteller at de noen ganger føler seg maktesløse. En av informantene vedgår at det er vanskelig å skulle erstatte den lindringen pasientene får av å kutte seg selv; *”Jeg har jo lest om dette flushet og det rushet de får... denne umiddelbare lindringen av smerten de kjenner. Det er klart, jeg klarer ikke å prate dem dit. Det er på en måte noe de må klare å finne i seg selv... andre måter å få ut de følelsene de har i seg”*. En annen av informantene synes maktesløshet blir et veldig sterkt ord, men at han kan føle skuffelse når det står på stedet hvil. Han sier videre at man må ha litt begrensede forventninger for hva man kan klare å oppnå. En av sykepleierne mener det er viktig å dele avmaktsfølelsen, av og til også med pasienten.

En av sykepleierne føler maktesløshet mer i forholdet til behandlerne, enn i forholdet til pasientene. Han har en følelse av at personellet som er sammen med pasientene 24 timer i døgnet noen ganger ikke blir hørt.

En informant sier det slik; *”Det føles av og til som om ingenting hjelper, og at det ikke skjer noen ting. Men så ser vi ett år tilbake, så ser vi at det faktisk var verre da, og at det har skjedd en positiv utvikling. Det er bare det at det går med så ørsmå skritt”*. En annen informant føler at hun blir veldig oppgitt når pasientene skader seg slik at de er skadet for livet, at fingrene eller hånden mister sin funksjon.

4.3.2 Forståelse av fenomenet

”Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt” (Travelbee 2001:193).

I det profesjonelle møtet vil vi i følge Sneltvedt (Brinchmann 2005) bruke egne følelser som en ressurs for å forstå en annens situasjon. Empati vektlegger samspillet mellom intellektuelle og følelsesmessige evner. Gjennom evnen til empati orienterer sykepleieren seg mot pasienten, og sykepleierens moralske ansvar ligger i at handlingene baseres på fagkunnskap.

Informantene er samstemte i forståelsen om at selvskadingen er et redskap for pasienten, -en mestringsstrategi og en overlevelsestrategi. En av informantene trekker frem Anders Evangs bok *”Det vanskelig liv”* som en veileder for å forstå hvordan den som selvskader tenker, og en forståelse av tilknytningen til objektrelasjoner. Han påpeker også at pasientene kan ha behov for å flytte eget fokus fra sitt indre til såret. Da lindres den indre smerten.

En av informantene bygger mye av sin forståelse på sammenligningen med rusmisbruk; *Jeg må koble det litt til rusmisbrukerne for å klare å forstå det, sånn der ”ruse seg bort fra”, jeg tror de ”skader seg bort fra”. Sånn kan jeg forstå det”*. En av de andre sykepleierne synes det er vanskelig å forstå, men at hun samtidig vet at det er deres måte å få ut smerten på.

En av sykepleierne trekker frem pasientens tidligere traumer og tidligere vonde opplevelse som grunnlag for forståelse. En annen av sykepleierne innrømmer at han aldri kommer til å si at det er greit at pasientene selvskader, men at han likevel forstår mekanismene bak. Han forstår også selvskadingen som etter hig etter omsorg og hjelp.

En annen informant tenker at kuttingen noen ganger blir en vane, -et mønster det er vanskelig å komme bort i fra. Hun har møtt pasienter som opplever at den lindrende virkningen er borte, hvor de likevel fortsetter å skade seg. Selvskadingen er blitt en del av et etablert handlingsmønster.

Svein Øverland (2006) hevder at det over tid vil være vanskelig å prøve å hjelpe, uten å forstå hva som er problemet. Han sier videre at det nærmest blir som en refleks at vi søker etter forståelse, når vi møter en som lider. Men hvordan kan vi forstå noe vi ikke har førstehånds informasjon om? Øverland mener vi bør ta i mot ethvert forsøk selvskadere gjør på å beskrive egne følelser, med takk. Han presiserer at grunnproblemet hos pasienten ofte er vansker med å gjenkjenne følelser, og at de dermed ikke klarer å beskrive sin smerte.

Øverland (2006) sier videre at den beste måten å søke forståelse på er å bruke flest mulig kanaler; man må høre hva pasienten prøver å uttrykke, man må benytte sin empati og man må søke kunnskap i undersøkelser og forskning. Dette må sammenfattes med egen erfaring. Han anbefaler også å bruke internett til søk i mindre vitenskapelige kilder som populærvitenskap, hjemmesider til selvskadere og chatteforum for selvskadere. Dette kan gi en pekepinn på hvordan folk flest ser på selvskading, og kan være en direktekanal til selvskadernes egen fremstilling av fenomenet.

5.0 KONKLUSJON

Skriveprosessen har vært spennende, både personlig og faglig. Det har vært lærerikt å få et innblikk i hvordan fenomenet selvskading håndteres av den enkelte sykepleier, og i avdelingene. Vi føler vi har fått svar på en rekke spørsmål og fått større forståelse av fenomenet selvskading, og hva det gjør med oss som helsepersonell.

Informantene viser en nokså lik forståelse for fenomenet. Det er enighet om at selvskadingen må anses som et symptom og en mestringsstrategi som pasientene "tillates" å bruke. Det er også enighet om at et av målene må være å hjelpe pasientene til å finne andre, og mer hensiktsmessige mestringsstrategier. Avdelingene har ulik praksis når det gjelder oppbevaring og utdeling av barberblader. På noen avdelinger deles det ut barberblader, på andre er en slik praksis utenkelig.

Det kommer frem at det er noe ulik tilnærming i møtet med selvskading, men samtidig er det et fellestrekk at fokuset ikke skal ligge på selve såret og skadingen, men på den indre smerten som ligger bak handlingen. Bruk av tvang forekommer ikke i det hele tatt på de allmennpsykiatriske avdelingene, og brukes sjelden på akuttpostene.

Pasienter innlagt på en allmennpsykiatrisk avdeling overføres til en akuttpost dersom de blir vurdert som suicidale. På akuttpostene har de ressursene som kreves for å ivareta en suicidal pasient, med fotfølge som et mye brukt tiltak.

Vi har fått en større forståelse for hvordan vi som helsepersonell må være bevisst på hvordan vi påvirkes i vanskelige situasjoner. Det ville være unaturlig å ikke reagere følelsesmessig, og personalet må søke kunnskap og veiledning, for å kunne håndtere vanskelige situasjoner. Informantene påvirkes i noe ulik grad av egne følelser, men alle er klar på at de selv må være veldig bevisst på egne følelser og reaksjoner for å ivareta sin profesjonalitet.

Vi hadde på forhånd trodd at sykepleierne skulle være mer opptatt av å formidle håp til pasientene. Men kanskje er det slik at dette er så assimilert i sykepleiernes tenkning at de glemmer å si det høyt i en intervjusituasjon. Å formidle håp er sentralt i Travelbees tenkning og vi tenker at dette må være sentralt i arbeidet med personer som skader seg selv. Håpet bør springe ut fra et ønske om å mestre sine følelser uten å skade seg selv, å finne nye mestringsstrategier. De skal tørre å stå i de følelsesmessige utfordringer i det er å være menneske. Håpet bør bunne i at de skal se verdien i seg selv, og finne troen på seg selv.

”Jeg hadde gått den lange veien fra helvete til himmelen, og jeg syntes selv jeg visste alt om å gå gjennom den mørke skogen. Veien som fra begynnelsen hadde sett så lang ut hadde bare et lite stykke igjen, og plutselig innså jeg at det bare finnes løsninger på alle problemer, svar på alle gåter og et mål for alle pilgrimsferder. Dersom man kjemper hardt nok kan man nå fram en dag” (Åkerman 2005:240).

6.0 LITTERATURLISTE

- Arnold, Lois og Anne Magill (2005). *Arbeid med selvskading*.
Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning
- Brinchmann, Berit Støre (2005). *Etikk i sykepleien*. Kap. 7 Nærhetsetikk, s. 105-119
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gijbels, Harry og Áine O'Donovan (2006). *Understanding Psychiatric Nursing Care with
Nonsuicidal Self-Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units: The Views of
Psychiatric Nurses*. I *Psychiatric Nursing*, vol. 20, No. 4, 186-192
- Jensen, Kari O. (2001). Forord. I: Travelbee, Joyce. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kåver, Anna og Åsa Nilsson (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil
personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Moe, Anita og Kristin Ribe (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Kap. 7
Oslo: Universitetsforlaget AS
- Odland, Liv-Helen (2005). Menneskesyn I: Brinchmann, Berit Støre (red.) *Etikk i sykepleien*.
s.23-39. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sneltvedt, Torild (2005). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann,
Berit Støre (red.) *Etikk i sykepleien*. s. 135-148, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skårderud, Finn (2006). *Flukten til kroppen: Senmoderne skamfortellinger*.
I Pål Gulbrandsen (2006). *Skam i det medisinske rom*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thornquist, Eline (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*.
Kap 4. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Thorsen, Gerd-Ragna Bloch (2006). *Selvskading og selvmord... ingen selvfølge*. I
Suicidologi, 2006, Årgang 11, nr. 1, 5-9
- Travelbee, Joyce (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.
Kap. 1, 7, 9 og 10 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Øverland, Svein (2006). *Selvskading: En praktisk tilnærming*.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Aadland, Einar (2004). "Og eg ser på deg...": *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*.
Kap. 6, Oslo: Universitetsforlaget
- Åkerman, Sofia (2005). *Sebrapiken*.
Oslo: Humanist Forlag

Internett

Lovdata.no, 040408: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-062.html#4-6>

Selvvalgt litteratur

- Arnold, Lois og Anne Magill (2005). *Arbeid med selvskading*. 67 sider
Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning
- Gijbels, Harry og Áine O'Donovan (2006). *Understanding Psychiatric Nursing Care with Nonsuicidal Self-Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units: The Views of Psychiatric Nurses*. I *Psychiatric Nursing*, vol. 20, No. 4, 186-192 7 sider
- Jensen, Kari O. Forord i Joyce Travelbee (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2 sider
- Kåver, Anna og Åsa Nilsson (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Innledning s. 15-17. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 3 sider
- Moe, Anita og Kristin Ribe (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Kap. 7 25 sider
Oslo: Universitetsforlaget AS
- Skårderud, Finn (2006). *Flukten til kroppen: Senmoderne skamfortellinger*. 18 sider
I Pål Gulbrandsen (2006). *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thornquist, Eline (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 32 sider
Kap 4. 83-115 Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Thorsen, Gerd-Ragna Bloch (2006). *Selvskading og selvmord... ingen selvfølge*. 5 sider
I *Suicidologi*, 2006, Årgang 11, nr. 1, 5-9
- Travelbee, Joyce (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 111 sider
kap. 1, 7, 9 og 10 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Øverland, Svein (2006). *Selvskading: En praktisk tilnærming*. 88 sider
Kap. 1, 4 og 5. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke
- Åkerman, Sofia (2005). *Sebrapiken*. (246 sider)
Oslo: Humanist Forlag

INTERVJUGUIDE

- 1. Hvordan møtes pasienter som skader seg selv i avdelingen hvor du jobber?**
- 2. Hvordan påvirkes du som sykepleier følelsesmessig av møtet med fenomenet selvskading, og hvordan håndteres disse følelsene?**
- 3. Hvordan jobber du som sykepleier for å klare å forholde deg profesjonell i møtet med selvskading?**

Beregnet tid pr. intervju er ca. en halv time. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd. Opptakene vil bli slettet umiddelbart etter transkripsjon. Informantene vil bli anonymisert i teksten. Informantene kan når som helst trekke seg fra prosjektet hvis de skulle ønske dette.

INTERVJUGUIDE

Hovedspørsmål og hjelpespørsmål

1. Hvordan møtes pasienter som skader seg selv i avdelingen hvor du jobber?

- Ligger det en ”overordnet plan” i bunnen for hvordan dere jobber med pasienter som skader seg selv?
- Hvilken tilnærming til pasienter som skader seg selv har du best erfaring med?
- Forekommer det ofte bruk av virkemidler som skjerming, fotfølging og bruk av tvangsmidler i forhold til pasienter som skader seg selv?
- Er sykepleierne i avdelingen samkjørte i forhold til holdning og handling i møtet med selvskading? Tillates pasienten å ha utstyr for å kutte seg på rommet?

2. Hvordan påvirkes du som sykepleier følelsesmessig av møtet med fenomenet selvskading, og hvordan håndteres disse følelsene?

- Hvordan reagerte du første gang du ble møtt av synet av et åpent blødende sår, som en pasient hadde påført seg selv?
- Har du opplevd etterreaksjoner? Hvordan artet det seg for deg, og hvordan håndterte du dette?
- Hvordan har dine følelser endret seg i forhold til ditt første møte med selvskading?
- Hender det at du blir ”satt ut” av følelser i møtet med et menneske som skader seg selv?
- Hvordan kan møtet mellom sykepleier og pasient bli preget av sykepleierens følelser?
- Hvordan håndteres personalets følelser/reaksjoner/etterreaksjoner på avdelingen? Møter, grupper, rapporter, veiledning etc.?

3. Hvordan jobber du som sykepleier for å klare å forholde deg profesjonell i møtet med selvskading?

- Føler du deg maktesløs noen ganger, og hva gjør du eventuelt med denne følelsen av avmakt?
- Kan du å forstå en pasient som skader seg selv, og hva ligger i så fall i den forståelsen?



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.) Bacheloroppgave	<u> X </u>
2.) Deleksamen	__
3.) Semesteroppgave	__
4.) Prosjektarbeid	__

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: 05 H Studiested: Bodø

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: Problemstilling: Møte med selvskading i psykiatrien- hva gjør møtet med selvskading med oss som sykepleiere, og hvordan møter vi pasienter som skader seg selv?

Vi har begge opplevd å bli veldig berørt i møtet med selvskading. Vi ønsker derfor å lære mer om selvskading, og hvordan man kan forholde seg profesjonelt til dette.

Metode v/ datainnsamlingen: Kombinert litteraturstudie og intervju.

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleiere, både med grunntidning og videreutdanning.

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: Båndopptaker (opptak vil bli slettet etter transkripsjon. Intervjuguide vil bli tilsendt intervjupersonene i god tid før gjennomføringen av intervjuet.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 11, 13 og 14, 2008

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

Med hilsen

Student

Faglærer

Student

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, 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