

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i Sykepleie

*Selvmondsforebyggende arbeid i
varetekt,
fra et sykepleieperspektiv*

[Olsen, Trine Alice
Nerleir, Erna Sofie]

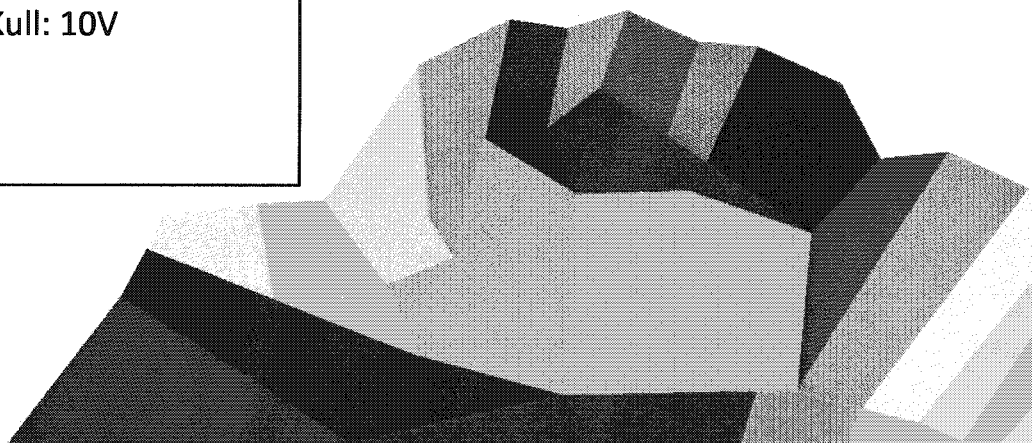
Kurskode: SYN 180H

Dato: 25.10.13

Kandidatnr.: 7 og 18

Kull: 10V

Totalt antall sider: 46



Bak skyene er
Himmelen alltid blå.
Slipp meg inn.
La meg hjelpe deg
Å bære de byrder du bærer på.
Bak skyene er
Himmelen alltid blå.
Del med meg.
Åpne deg.
La meg prøve å forstå.

Trine Olsen

INNHOLD

1 INNLEDNING

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	3
1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
1.3 Begrepsavklaring	4
1.4 Oppgavens hensikt	5
1.5 Oppgavens oppbygging	5

2 METODE

2.1 Metodevalg	7
2.2 Kvalitativt intervju	7
2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju	7
2.4 Personvern og anonymitet	8
2.5 Analyse av datamaterialet	8
2.6 Metodekritikk	8
2.7 Vitenskapsteoretisk	9
2.8 Litteratursøk og selvvalgt litteratur	9

3 TEORIDEL

3.1 Joyse Travelbees sykepleiedefinisjon	11
3.1.1 Menneskesyn	11
3.1.2 Syn på sykepleie	11
3.1.3 Kommunikasjon	12
3.1.4 Terapeutisk bruk av seg selv	12
3.1.5 Mellommenneskelige prosesser	12
3.1.6 Håp	13
3.2 Grunnprinsipper, yrkesetikk og verdier i sykepleie	13
3.3 Selvmord	14
3.3.1 Hvorfor velger noen selvmord?	14
3.4 Varetekt	16
3.4.1 Hvordan kan en varetektsfengsling oppleves?	16
3.4.2 Sykepleiers oppgaver og ansvar i varetekts arbeid	16
3.5 Møtet	17
3.6 Forebygging	17

4 INTERVJUDATA	
4.1 Presentasjon av intervjumaterialet	19
4.1.1 Kartlegging av pasientens helsetilstand ved innkomst	19
4.1.2 Sykepleierens fokus på selvmord i første møtet med den innsatte.....	20
4.1.3 Forebyggende tiltak ved selvmordsrisiko	20
5 DRØFTING	
5.1 Kartlegging av den innsattes helsetilstand ved innkomst	21
5.2 Sykepleieren møter den innsatte	24
5.3 Selvmordsforebygging i møtet med den varetekts innsatte	28
6 AVSLUTTNING	
6.1 Oppsummering og konklusjon	32
6.2 Litteraturliste	33
Vedlegg	
1 Intervjuguide	
2 Tillatelse til innhenting	
3 Kartleggings skjema (helseskjema)	

1 Innledning

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

I løpet av studiet har vi begge fått økt interesse for sykepleie innenfor feltet psykiatri. På bakgrunn av dette, har vi et ønske om å lære mer om dette feltet, og har derfor valgt å fordype oss i temaet selvmordsproblematikk. Vi har ønske om å utforske sykepleierens rolle innen forebygging av selvmord uten at det er direkte knyttet til en helseinstitusjon. Vi vet at sykepleieren kan jobbe på ulike arenaer hvor funksjonen er å forebygge sykdom og lidelse og å fremme helse. Innsatte i varetekt og fengsel har rett til de samme helsetjenester som den øvrige befolkningen, og statistikker viser at det er tidlig i varetektsfengslingen at de fleste velger å avslutte livet. Vi synes derfor det kunne være spennende å gå nærmere inn på sykepleiefunksjonen innen forebygging av selvmord i varetekt. Vi har ingen erfaring eller forkunnskaper om sykepleierens funksjon i fengselet, men tror at dette er en blant mange viktige arenaer der sykepleieren må bruke sine kunnskaper for å se det hele mennesket.

Problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren møte fanger de 3-4 første dagene i varetekt, for å forebygge selvmord».

Oppgaven inneholder 8946 ord.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi holder oppgaven innenfor norske fengsel. Forskningen og litteraturen vi har brukt i oppgaven sier det er store forskjeller på fengselsstrukturen internasjonalt, og derfor av betydning for hvordan vi forstår at sykepleieren kan jobbe selvmordsforebyggende i møte med den varetektsfengslede. Vi har begrenset oppgaven til varetektsfengslede de første 3-4 dagene på bakgrunn av statistikk som viser høy forekomst av selvmord den første tiden i varetekt. Statistikker viser at det er i løpet av de første dagene i varetekt, at selvmordsstatistikken er høyest (Hammerlin, 2009).

Vi ser på sykepleierens fagkunnskaper og kompetanse som en unik mulighet til å kunne se hele pasienten og forstå den påkjenningen det er å bli brått revet ut av vant livssituasjon med usikker fremtid og kanskje en vanskelig fortid.

Da problemstillingen er begrenset til fanger i varetekt, og at oppgaven er begrenset til 9000 ord, har vi valgt å ikke gå nærmere inn på sammenhengen mellom kultur, religion, språk eller etnisitet og selvmord i varetekt. Vi ser at det er gjort International forskning på selvmord i fengsel, men har valgt å ikke sammenligne dette med norske fengsler, da fengsel strukturen varierer fra land til land. Dette ble også en begrensning på grunn av oppgavens størrelse.

Videre i oppgaven benevner vi den varetekts innsatte som den innsatte eller den varetektsfengslete. Dette fordi vi ønsker å unngå ordet pasient, et ord som vi forbinder med en gruppe som søker helsehjelp. Varetekts innsatte søker ikke helsehjelp i første rekke, men er en gruppe som kanskje viser seg å trenge det. Knyttet til sykepleieteori vi går inn på senere i oppgaven, kan den innsatte også bli benevnt som pasient, da dette kan forstås bedre ut fra et sykepleieperspektiv.

1.3 Begrepsavklaring

Møte: Hummelvoll (2012), sier at for at det reelle møtet mellom pasient og sykepleier skal finne sted, kreves konsentrert nærvær hvor man er åpen for å forstå ulike måter pasienten forsøker å gjøre seg forstått på. Et reelt møte mellom sykepleier og pasient vil derfor være betydningsfullt for begge parter. Møtet vil inneholde ulike dimensjoner, som fysisk nærvær, grunntone av vennskapelighet og en genuin interesse for å forstå den andre (Hummelvoll, 2012).

Fange: En person som er fratatt sin frihet på bakgrunn av/mistenkt for en kriminell handling, ved at han må tilbringe tid i fengsel.

Varetekt: Innsettelse i fengsel i forbindelse med etterforskning av straffbare forhold. Innsatte i varetekt er ikke dømt, og varetektsfengsling regnes juridisk sett ikke som straff.

Varetektsfengsling benyttes dersom retten mener det er fare for bevisforspillelse, eller at personen er en fare for samfunnet. Personer som blir satt i varetekt blir idømt fengselsstraff, eller løslates etter gjennomført rettssak/endt etterforskning.

Fengsel: En lukket institusjon, for å gjennomføre en straff som er pålagt av retten.

Institusjonen brukes også til varetektsfengsling.

Domfelt: Innsatte i fengsel som soner en rettslig dom.

Forebygge: Vi finner at det ikke finnes en entydig definisjon på begrepet forebygging.

Innholdet i begrepet vil variere alt etter hvilken grunntenkning som er utgangspunkt. Vi velger her å forstå begrepet som tiltak som gjennomføres for å redusere risiko for selvmord.

Selvmord: Er en bevist handling og et ønske om å avslutte sitt eget liv. I denne sammenhengen er individet i en krisesituasjon, der en slik handling ansees som den eneste løsning. Selvmord kan også være en negativ konsekvens av selvskading, som utføres som et rop om hjelp.

1.4 Oppgavens hensikt

Med denne oppgave ønsker vi å fordype oss i hvordan vi ut fra det enkelte individs livssituasjon kan forstå selvmordsproblematikk. Vi ønsker å bevisstgjøre våre holdninger til enkeltmennesker i en krevende livssituasjon, og synliggjøre sykepleierens mulighet til å gi sykepleie når mennesker opplever sin situasjon som livstruende. Vi ønsker å lære mer om temaet selvmord, og faglig sett bør vi som sykepleiere ha kompetanse på området.

Vi håper å kunne belyse hvordan sykepleieren med sin kompetanse har unik mulighet til å kunne medvirke til å få selvmordsstatistikken ned blant innsatte i varetekt i norske fengsler. Samtidig er bacheloroppgaven en obligatorisk og avsluttende del av sykepleieutdanningen.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledningen presenterer og begrunner vi temaet og problemstillingen vi har valgt og hva vi ønsker å finne ut av oppgaven. Vi avklarer begreper og avgrensninger. I metodedelen forklarer vi om arbeidsprosessen med intervjuet, tar opp metodekritikk, vitenskapelig forståelse og presenterer litteratur og forskningsartikkel. Teoridelen viser sykepleieteoretikeren og teorier vi har funnet relevante for å svare på problemstillingen. I datadelen presenteres funn fra intervjuet. Drøftingsdelen fant vi naturlig å dele i tre underdeler

hvor vi drøfter funn fra intervjuet opp mot forskning, litteratur og teorier vi har presentert tidligere i oppgaven. Vi avslutter med oppsummering og konklusjon hvor vi viser hva vi finner som svar på problemstillingen.

2 Metode

2.1 Metodevalg

Metode er fremgangsmåten vi benytter for å vise hvordan vi har funnet frem til ny kunnskap eller hvordan vi kan etterprøve ny kunnskap. Det er viktig at vi benytter en metodisk framgangsmåte for at andre skal kunne se hvordan vi har kommet frem til resultatene og verdien av resultatene (Dalland, 2007).

Vi har i denne oppgaven valgt å bruke kvalitativt intervju som metode.

2.2 Kvalitativt intervju

Intervjuet er kvalitativt orientert fordi vi går i dybden av det vi undersøker (Dalland, 2007). Svarene kan ikke tallfestes eller måles, slik som i en kvantitativ undersøkelse. Vi tolker informantens opplevelse og beskrivelse av hvordan hun møter den innsatte i varetekt, slik at vi kan finne svar på problemstillingen.

2.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuet hadde vi en førforståelse og mening om at det er av betydning for den innsattes opplevelse og selvmordsrisiko hvordan han blir møtt av sykepleieren i varetekt. Derfor måtte vi finne ut hva som er sykepleierens fokus i første møtet med den innsatte, og valgte å intervju sykepleier ansatt i fengsel, med eget ansatt helsepersonell.

Vi kontaktet sykepleieren per telefon og presenterte oss og problemstillingen vi skulle belyse i oppgaven. Vi opplyste også om hensikten med undersøkelsen og anonymitet. Vi fikk en snarlig tilbakemelding på at dette var noe hun ville delta på.

Vi utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1), denne fikk hun lese i forkant av intervjuet, etter eget ønske. På grunn av ferieavvikling måtte vi vente litt lengre enn ønsket før vi kunne gjennomføre intervjuet.

Vi hadde diskuterte hva vi ville ha ut av undersøkelsen og hva som var den beste metoden for å få det slik. Vi valgte å finne få, men åpne spørsmål, slik at intervjupersonen kunne svare

utfyllende og med egne ord. Vi hadde også forberedt noen oppfølgingsspørsmål som vi kunne supplere med, for å forsikre oss om å få svar på det vi lurte på.

Under intervjuet stilte den ene spørsmål, og den andre av oss hadde ansvaret for båndopptakeren. Vi noterte begge underveis, og begge stilte supplerende spørsmål før vi gikk videre til neste spørsmål i intervjuguiden. Vi avsluttet med å gi henne mulighet til å supplere, dersom det var noe hun mente var viktig for oppgaven vår.

2.4 Personvern og anonymitet

I følge Dalland (2007), er det vårt ansvar å avklare hvordan anonymiteten ønskes ivaretatt fra institusjonen der undersøkelsen blir gjort, og i etterkant overholde dette i oppgaven vår (Dalland 2007). I behandlingen av datamaterialet brukte vi ikke navn eller andre opplysninger som kunne tilbake-spores til person eller institusjon. Intervjupersonen ble informert om at alt datamaterialet vil bli slettet etter bearbeidelsen av materialet.

2.5 Analyse av datamaterialet

Vi transkriberte intervjumaterialet ordrett fra båndopptaker. Vi analyserte og bearbeidet deretter materialet og fikk en sammenfattende tekst. Deretter trakk vi ut de sentrale temaene og samlet disse i egne avsnitt.

2.6 Metodekritikk

Dette er første gang vi har gjennomført et formelt intervju, i ettertid ser vi at noe kunne vært gjort annerledes. Vi kunne nok ha fått bedre svar på problemstillingen, dersom vi hadde avklart begrepet «møte» med informanten. Vi ser i etterkant at hun har lagt mest vekt på det fysiske møtet med fangen, mens vi var ute etter hvordan den mellommenneskelige relasjonen ble skapt ved det første møtet, hvordan sykepleieren kunne forebygge selvmord ved å oppnå kontakt med den innsatte. Intervjuet kan sees på som mangelfullt i den forbindelse, og vi merker at dette kan ha gjort arbeidet med problemstillingen vanskeligere for oss, fordi vi hadde planlagt å gå ut ifra et grunnlag om sykepleiepraksisen i dag, og knytte den til det som

sies i litteraturen og forskningen. Vi har forsøkt å gjøre dette på en ryddig måte, men vi ser at det er en svakhet for oppgaven at vi ikke har mer inngående intervju materiale som omhandler nettopp problemstillingen på et mer omfattende og dyptgående plan.

2.7 Vitenskapsteoretisk forståelse

Intervjuet kan sies å ha en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming.

Aadland (2004), sier at hermeneutikk er fortolkningslære og at fenomenologi er en filosofisk retning som ønsker å se fenomenet slik det viser seg (Aadland, 2004).

Vi vil si at oppgaven har en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming fordi vi på bakgrunn av vår førforståelse tolker datamaterialet og litteraturen vi benytter og forsøker å forstå og finne mening i det, slik at vi danner oss ny forståelse og kunnskap. Det vi finner som svar er vår tolkning av det vi ser og oppfatter.

2.8 Litteratursøk og selvvalgt litteratur

I vårt søk etter relevant litteratur for oppgaven fant vi at det var noen forfattere som stadig gikk igjen. Forskningsartikkelen vi har valgt å benytte fant vi i søkebasen SveMed+, «*Å bryte livet i fengselet*» (Hammerlin, 2009) er fagfelleverdert, og fremstår som en deskriptiv og analytisk fremstilling av registrerte selvmord fra 1990 til og med 2007 i norske fengsler. Artikkelen baserer seg på tidligere forskning og studier, rapporter og analyser innenfor temaet. Forfatteren er anerkjent innenfor temaområdene selvmord og fengsel, og har flere utgivelser. I forskningsartikkelen poengterer forfatteren at fengselssystemer og straffegjennomføring i den vestlige verden har store forskjeller, og at det derfor er metodisk problematisk å sammenligne norske fengselsforhold med andre vestlige land.

På bakgrunn av dette- og at vi fant «*Å bryte livet i fengselet*» (Hammerlin, 2009) omfattende, men av god validitet og relevans, fant vi det mest fornuftig å kun bruke en forskningsartikkel.

Vi ble anbefalt av andre som hadde sett på temaet å bruke forfatteren Gry Bruland Vråle og hennes bok *Møte med det selvmordstruede mennesket* (2009), som blant annet setter søkelyset på praktisk selvmordsforebygging og relasjoner mellom pasient og helsepersonell. Vråle er psykiatrisk sykepleier og har erfaring fra klinisk arbeid.

Jan Kåre Hummelvoll er professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. Han har skrevet boken *HELT- ikke stykkevis og delt*, som vi også har valgt å bruke.

Hammerlin har skrevet boken *Selv mord og selvmords nærhet i norske fengsler*. Denne boken er ment å gi en fremstilling av selvmordsforebyggende arbeid i norske fengsler. Yngve Hammerlin omtales som Norges fremste ekspert på selvmord i fengselet.

Vi har også funnet stor nytte og hjelp i Kriminalomsorgens utdanningssenters (KRUS) nettsider og publiseringsarkiv (Cora). Vi vil spesielt ta frem «*Kvalitet i varetektsarbeidet*» (Danielsen og Karlsen, 2008) og artikkelen «*Selv mord i norske fengsler del 1 og 2*» (Hammerlin, 2000).

3 Teoridel

3.1 Joyce Travelbees sykepleiedefinisjon:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2007 s: 29).

Vi har valgt Travelbees sykepleieteori i oppgaven fordi hun definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper en annen å forebygge, mestre, bære, eller finne mening eller håp i sin opplevelse av sykdom, lidelse, tap eller krise (Travelbee, 2007).

3.1.1 Menneskesyn

Travelbees sykepleieteori baserer seg på hennes eksistensialistiske og humanistiske grunnsyn. Hun er opptatt av at sykepleieren forholder seg til ethvert menneske som en unik person med en unik opplevelse av sin eksistens. En del av livet er å oppleve lidelse og smerte, og i dette sier Travelbee at sykepleien består i å hjelpe den lidende til å finne mening og håp. Dette skjer gjennom å etablere et menneske til menneske forhold (Kristoffersen, 2008).

3.1.2 Syn på sykepleie

Travelbee (2007), mener sykepleieren skal forholde seg til mennesket som en enestående, uerstattelig og unik person. Det enkelte mennesket må sees for det det er, og forstås på grunnlag av dets opplevelse (Travelbee, 2007).

Travelbees syn på sykepleie har hovedfokus på enkeltmennesket. Hun tar avstand fra generalisering og understreker viktigheten av å se pasientens opplevelse av sin situasjon mer enn å forholde seg til diagnoser (Kristoffersen, 2008).

Hun presenterer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor kommunikasjon og samhandling er sentralt. Hennes sykepleietenkning inneholder uttrykk som intellektuell tilnærming, vise empati, oppnå forståelse og oppnå kontakt (Kirkevold, 2012).

3.1.3 Kommunikasjon

Travelbee (2007), sier at kommunikasjonen mellom sykepleieren og den hun skal hjelpe er nødvendig for å sikre at tiltakene sykepleieren iverksetter samsvarer med de aktuelle behovene pasienten har. For å oppnå ønskede resultater beskriver hun hensiktsmessige teknikker og ferdigheter sykepleieren må utvikle (Travelbee, 2007). Terapeutisk bruk av seg selv, det å se personen bak pasienten og det å skape relasjoner er blant disse teknikkene.

3.1.4 Terapeutisk bruk av seg selv

Hensikten med å bruke seg selv terapeutisk er å kunne bidra til å redusere eller lindre plager hos pasienten. Kristoffersen (2008) sier at i Travelbee's sykepleieperspektiv er det en forutsetning at sykepleieren har selvinnsikt, selvforståelse, gjennomtenkte egne verdier og holdninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk.

Hun legger også vekt på viktigheten av hvordan egen atferd kan innvirke på pasienten. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk utvikles gjennom utdanning og erfaring, på denne måten bruker sykepleieren bevisst egen personlighet med sikte på å bevirke forandring hos pasienten (Travelbee, 2007).

3.1.5 Mellommenneskelige prosesser

For å få forståelse for sykepleie, sier Travelbee (2007) at det er nødvendig å tilegne seg forståelse for hva som skjer mellom sykepleier og pasient. Travelbee er kritisk til bruk av begrep som sykepleier og pasient, da hun mener det tar avstand fra det særegne og fremhever fellestrekk. Menneske til menneske forhold er en prosess og et verktøy hvor partene er likeverdige personer og ikke roller. Forholdet er betydningsfullt og viktig for både

sykepleieren og pasienten. Forholdet blir målrettet etablert og forsøkt opprettholdt av sykepleieren (Travelbee, 2007).

3.1.6 Håp

Det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å opprettholde håpet og å hjelpe pasienten som opplever håpløshet å gjenfinne håpet:

Generelt vil den profesjonelle sykepleieren hjelpe syke mennesker med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe, for eksempel ved å være tilgjengelig og villig til å lytte når den syke snakker om sin angst og frykt. Det er ganske enkelt ikke mulig å hjelpe den syke med mindre sykepleieren er tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det han er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter dem. Sykepleieren gir kvalifisert og medfølelse omsorg og er observant for tegn på så vel psykiske som fysiske plager (Travelbee, 2007 s.123).

3.2 Grunnprinsipper, yrkesetikk og verdier i sykepleien

Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer beskriver profesjonsetikken og forpliktelsene som er god sykepleiepraksis. Her poengteres sykepleierens fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Norsk sykepleieforbund, 2011). Med dette forstår vi at sykepleieren har et overordnet mål om å bevare liv og fremme helse. Samtidig skal sykepleieren ivareta og styrke pasientens integritet slik at pasienten best mulig kan ta ansvar for eget liv.

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk Sykepleieforbund, 2011 s.7).

3.3 Selvmord

Yngve Hammerlin (2009) har i sin bok «*Selvmord og selmordsnærhet i norske fengsler*» brukt WHO's definisjon av begrepet selvmord:

«Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv har foranstaltet og gjennomført med det formål å framkalle de av den avdødes ønskede forandringer» (Hammerlin, 2009 s28).

Det finnes ulike definisjoner og forståelser av begrepet selvmord. Begrepet og definisjonene er kontinuerlig diskutert i faglitteratur. Ulike definisjoner har ulike bruksområder og avspeiler gjerne fagtradisjoners grunnforståelse. Dette kan være et problem da det kan få konsekvenser for hvordan begrepet forstås og forklares i praksis (Hammerlin, 2009).

E. Shneidmans definisjon:

«For tiden, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling. Handlingen kan best forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen» (Dyregrov, Plyhn og dieserud, 2009 s.25).

Shneidmans definisjon kan kritiseres for å være for psykologiserende og at den ikke tar i betraktning de samfunnsmessige betingelser. Definisjonen forstås ut fra et individs udekkete sentrale psykologiske behov og individets kompliserte krisetilstand (Hammerlin, 2009).

I tillegg til WHO's definisjon valgte vi å ta med Shneidmans definisjon fordi den presenterer en forståelse vi har funnet presenterer den psykiske påkjenningen fangen opplever de første dagene i varetekt.

3.3.1 Hvorfor velger noen selvmord?

For å forstå årsaken til selvmord er det ifølge Vråle (2009) viktig å få fram ulike sammenhenger det kan forstås ut fra. Det finnes neppe bare en årsak, og man må både forstå

og vurdere fenomenet selvmord ut fra et helhetsperspektiv. Ifølge Vråle (2009) er det enkelte kjente årsaker som kan føre til selvmord, noen av disse er:

Psykiske lidelser:

Blant de psykiske lidelsene er det depresjon der tap av selvfølelse og håp gir opplevelse av motløshet, som representerer størst fare for selvmord.

For personer med diagnosen Schizofreni, alvorlige spiseforstyrrelser eller ustabil personlighetsforstyrrelser er selvmord et tema og en problemstilling

Rus og rusavhengighet: Misbruk av alkohol og rusmidler kan øke risiko for selvmord, men selvmordsrisikoen må forstås ut fra flere og ofte mer sammensatte problemer.

Udekkede psykologiske behov:

Dette kan innebære tap av kontroll, frustrasjon, sterk hjelpeløshet, truet selvbilde, skam, nederlag og ydmykelse.

Ensomhet – mangelfull tilhørighet:

Opplevelse av ensomhet oppfattes forskjellig fra hvor du er i livet. Eldre kan oppleve ensomhet på grunn av tap av sine nærmeste, voksne kan oppleve ensomhet på grunn av sosial isolasjon og manglende sosialt nettverk, og barn kan oppleve ensomhet på grunn av omsorgssvikt eller mobbing.

Da det enkelte menneskets opplevelse av ensomhet er særegent, behøver ikke dette settes i sammenheng med selvmord men kan være en av flere årsaker.

Ensomhet sett i forhold til selvmordsproblematikk kan knyttes til det en påtvunget sosial isolasjon som varetektscelle er, og kan medføre og forsterke fysiske og psykiske lidelser (Hammerlin, 2009).

Situasjoner med økt fare for selvmord

- Plutselige kriser og katastrofer som representerer voldsomme omveltninger og overganger i et menneskes liv.
- Ferier, helger og høytider
- Søvnløshet over tid

Det er funnet at de fleste selvmord i fengsel gjennomføres i varetekt og isolasjon. Varetektsoppholdet erfares av mange som en stor psykisk påkjenning (Hammerlin, 2009).

3.4 Varetekt

I 2012 ble 3935 personer satt i varetekt. Gjennomsnittlig varetekts innsatte i 2012 var 945. (Kriminalomsorgens årsstatistikk, 2012).

Varetektsfengsling er et virkemiddel i politietterforskning. Varetektsfengsling innebærer at selv om det ikke foreligger avklaring av skyld, kan den siktede holdes fengslet. Varetekt har altså ikke noe straffeformål, men er en frihetsberøvelse (Danielsen og Karlsen, 2008).

3.4.1 Hvordan kan en varetektsfengsling oppleves?

Ved innkomst i varetekt er det typisk at den innsatte opplever situasjonen som belastende, traumatisk og usikker. Mange er i en sjokklignende tilstand, problemene kan være akutte og kaotiske. Usikkerheten i varetektsfengsling kan ofte oppleves belastende, da skyldspørsmål og eventuelt straffeutmåling ikke er avgjort. I tillegg vet vi at mange av dem som fengsles er sosialt marginaliserte, og at de i større andel enn befolkningen for øvrig har store psykiske problemer (Danielsen og Karlsen, 2008).

I følge Danielsen og Karlsen (2008), er måten den innsatte blir møtt på presisert til å være spesielt viktig fordi den innsattes første møte med anstalten er et kritisk tidspunkt.

Mottaket bør skje ryddig og rolig, den innsatte må få forklaring på prosedyrer og hva som skal skje i umiddelbar fremtid (Danielsen og Karlsen, 2008).

3.4.2 Sykepleiers oppgave og ansvar i varetekts arbeid

Helse- og omsorgstjenestene i fengslene skal være likeverdige med helse- og omsorgstjenestene for den øvrige befolkningen. Da det er kommunen fengselet tilhører som har ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i fengslene, er det opp til kommunene hvordan de velger å organisere disse tjenestene (Helse og omsorgstjeneste loven, 2011). Dette innebærer at kommuner med små fengsler, kan velge å samarbeide med helsepersonell

utenfor murene. Fengselet vi foretok intervjuet i, har egen helseavdeling hvor det blant annet er ansatt tre sykepleiere.

Sykepleieren benytter Veileder for Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Helsedirektoratet, 2013).

I strgf.l.(straffegjennomføringsloven) § 2 andre ledd, står det som følger: «*ved varetektsfengsling skal kriminalomsorgen legge til rette for å avhjelpe negative virkninger av isolasjon*» (Lov om gjennomføring av straff, 2001).

I følge håndboken «*Kvalitet i varetekts-arbeidet*» av Danielsen og Karlsen (2008) innebærer dette at varetekts-innsatte skal prioriteres med hensyn til samvær og aktiviteter med sikte på å redusere skadevirkninger av isolasjon, her har sykepleieren en viktig oppgave.

For å ivareta den innsattes rett til nødvendig helsehjelp skal lege eller sykepleier ifølge de europeiske fengselsreglene møte alle innsatte umiddelbart etter innsettelsen for undersøkelse (Helsedirektoratet, 2013).

Ved innkomst i varetekt innhenter mottaksbetjenten helseopplysninger om pasienten, disse skal sykepleieren vurdere, for så å ha en kartleggingssamtale med den innsatte.

3.5 Møtet

Hummelvoll (2012), sier at møtet mellom to mennesker er en enestående hendelse, og at det i hvert møte er noe å gi og få. For at møtet skal være betydningsfullt må det utvises ekte-het, nærhet, innlevelse og forståelse (Hummelvoll, 2012).

Et reelt møte mellom to mennesker er eksistensielt for begge parter, fordi møtet inneholder dimensjonen av det fysiske møtet og nærværet av hverandre, en grunntone preget av vennskapelighet og en genuin interesse for å virkelig forstå den andre (Hummelvoll, 2012).

3.6 Forebygging

Vi har tatt utgangspunkt i den tradisjonelle forebyggingsmodellen som viser forebygging på *primært, sekundært og tertiært* nivå. Forebyggende helsearbeid foregår på flere nivåer i samfunnet vårt, og vi jobber forebyggende ut fra hvilket mål vi har. Disse målene deles inn i tre kategorier primært, sekundært og tertiært. Mæland (2010) har valgt å definere målene slik:

- Primær forebygging, *hindre eller utsette sykdom hos friske individer.*
- Sekundær forebygging, *hindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg.*

- Tertiær forebygging, *minske de følgene sykdom får for funksjon og livskvalitet.*

Vi har valgt å gå mer innpå de to siste målene, da disse er mest relevant for oppgaven.

Sekundær forebygging kan være at den innsatte har en diagnose der selvmordsproblematikk er en del av lidelsen. For eksempel så vet man at depresjon kan føre til selvmord, og at pågripelse og varetektsfengsling kan være en belastende og traumatisk opplevelse. Dette er to risikofaktorer som kan resultere i selvmord. Vråle (2009) beskriver sekundær selvmordsforebygging som behandling eller tiltak i forhold til personer eller grupper som kan være utsatt, når det gjelder selvmordsproblematikk.

I Vråle (2009) forklares tertiær selvmordsforebygging som *hjelp til personer som har en aktuell selvmordsproblematikk*. Dette kan i vårt tilfelle være dersom en innsatt har tanker eller planer om å avslutte livet sitt. Vi mener at den tertiære forebyggingen går på akutte strakstiltak.

4 Intervjudata

4.1 Presentasjon av intervjumaterialet

4.1.1 Kartlegging av pasientens helsetilstand ved innkomst

Den betjenten som tar imot pasienten fyller ut et helseskjema, hvor det kartlegges både fysisk og psykisk helsetilstand.

«... vi har et helseskjema som går på reint sånn, navn og nummer, om du har kroniske sykdommer, står på faste medisiner. Disse fyller denne mottaksbetjenten ut, og har pasienten med seg medisiner når han blir innsatt, så får vi de opp, og gjør vurderinger av dette. Sånn at vi trenger ikke å se pasienten i det han kommer.»

«...ut i fra disse helseopplysningene som står på dette skjemaet, så gjør vi en vurdering hvor fort vi må snakke med dem. Det er klart: har du kroniske sykdommer, står du på medisiner som de ikke har med seg, men de skriver at de står på de og de medisinene, så klart vi må finne ut av det fortest mulig, så de får de medisinene de skal ha.»

«Men vi står jo i nært samarbeid med betjentene, slik at de er jo også med på å gi oss tilbakemelding, ut i fra hvordan folk er når de kommer inn. De gir oss en statusrapport...»

En del av kartleggingen er å samtale med pasienten. Denne skal gjennomføres i løpet av de 3-4 første dagene.

«Vi ser på den psykiske biten til hver enkelt innsatt, vi ser i forhold til rus, vi har en del i forhold til den kartleggingssamtalen som sier noe om de har slitt med slike ting i forkant, i forhold til angst og depresjon og i forhold til suicidal fare, og de tingene. Så vi gjør jo de vurderingene fortløpende, når vi har samtale med pasienten.»

4.1.2 Sykepleierens fokus på selvmord i første møte med den innsatte

I kartleggingen kommer frem om det er forhold i pasientens helsetilstand som tilsier at det er behov for videre oppfølging.

«Vi går inn og ser på den psykiske biten. Og så, hvis det viser seg at de har kjent problematikk, så går vi jo djupere inn.»

«Så er det klart at da går vi inn på hver enkelt, og spør hvordan er situasjonen hos den enkelte her og nå.»

Dersom det ut fra kartleggingen av pasienten kommer frem helseproblematikk som trengs å gå dypere inn i, fokuseres det på dette.

«...da er det helt ned på detaljnivå: Tenker du noe her nå? Har du klare intensjoner om å gjøre dette? Har du satt tidsfrist? Og hvor de er nødt til å på en måte svare da på de tingene.»

4.1.3 Forebyggende tiltak ved selvmordsrisiko

Hvis det ut i fra kartlegging og samtale viser seg at det er økt selvmordsrisiko, kan sikkerhetscelle være et tiltak. Forskjellen på ei vanlig celle og ei sikkerhetscelle er at sikkerhetscellen ikke innehar kopper, bord, stoler, håndduker, laken, eller slike ting som kan være en risikofaktor dersom pasienten forsøker å skade seg selv.

«...hvis de sier til meg at «jeg er usikker på hva jeg kommer til å gjøre når jeg låser igjen døra», så har jeg noen til å være inne hos pasienten til jeg har fått diskutert med førstebetjenten, og dette kan være en klar indikasjon på at han skal ned på sikkerhetscelle...»

«Ser vi at dette er så akutt, så velger vi å sette dem på sikkerhetscelle, hvor de ikke kan skade seg sjøl...»

5 Drøfting

I drøftingsdelen har vi valgt å belyse aspekter som vi ser kan være av betydning for møtet med den innsatte i arbeidet med forebygging av selvmord i varetekt.

5.1 Kartlegging av den innsattes helsetilstand ved innkomst

Danielsen og Karlsen (2008), poengterer viktigheten av at det er rolige omgivelser ved innkomst, fordi innsettingstidspunktet ansees å være en kritisk periode, på grunn av den psykiske belastningen det kan være å varetektsfengsles.

Når den innsatte kommer i varetekt, sier informanten, at det er rutiner for hvordan pasientens helsetilstand kartlegges. Det er en fengselsbetjent som utfører denne første delen av kartleggingen, hvor det benyttes et helseskjema (Vedlegg 4) som hjelpemiddel. Dette er et standard skjema hvor det kommer frem om den innsatte blant annet bruker faste medisiner, har allergier, om han har kjente fysiske eller psykiske diagnoser eller tidligere selvmordsforsøk.

I følge Hammerlin (2010) kan slike skjematisk vurderinger være problematiske fordi de ikke fanger opp stemningsendringer og motsetningsfylte forhold i fengsel tilværelse.

Vi stiller spørsmål ved at det ikke er helsepersonell som utfører denne kartlegging, da det dreier seg om den innsattes helsetilstand, og at det er kjent fra livsstils-undersøkelser at innsatte er overrepresentert når det gjelder rus, psykiske problemer og andre helseproblemer (Danielsen og Karlsen, 2008). I Danielsen og Karlsen (2008) kommer det også frem at isolasjon kan ha skadelige virkninger som angst, depresjon, søvnproblemer, tankespinn, apati, selvmordstanker og psykosomatiske plager på individet.

Vi finner ikke at forskningsartikkelen (Hammerlin, 2009) sier noe om måten kartleggingen av den innsattes helsetilstand gjøres på, og om det er av betydning om det er helsepersonell som utfører kartleggingen. Likevel ser vi at det i litteraturen vi har brukt, stadig påpekes at det er viktig å være bevisst den påkjenningen varetektsfengsling kan være. Vi tenker at sykepleieren med sine tilegnede kunnskaper om kommunikasjon og observasjon i arbeidet med å fremme helse og hindre sykdom, har en enestående mulighet til å få fatt i forhold som kan fremkomme, som ikke kan registreres på et skjema.

Hammerlin (2010) sier i forskningsartikkelen at det også er av betydning å ta hensyn til den innsattes levekår utenfor fengselet. Videre sier han at livsbetingelsene den enkelte har utenfor

fengselet kan forstås som en slags erfaringskapital som i kombinasjon med den opplevelsen varetektsfengslingen er, kan ha stor betydning for hvordan den innsatte opplever innsettelsen. Det kommer også frem av denne forskningsartikkelen at kombinasjoner av ulike eksistensielle belastningsfaktorer i hverdagen akkumulerer og forbindes som en ansamling av byrder som får en helt annen kraft, betydning og mening under varetektsfengslingen (Hammerlin, 2010). Vi tenker at dette ikke er ensbetydende med at den innsatte velger selvmord, men at dette kan påvirke grunnstemningen og tanker om livsavbrudd.

Vi stiller oss undrende til om måten kartleggingen gjennomføres på, gir rom for å se enkeltmennesket? Kartleggingen går ut på å fylle ut skjema og gjøre registreringer, slik at ferdigutfylte kolonner skal beskrive hvordan den innsatte har det, hvilke behov han har og om det er selvmordsrisiko. Og dette er bare en liten del av flere arbeidsoppgaver en betjent har ved mottak i fengsel. Kunne det vært bedre praksis dersom sykepleier hadde vært delaktig i denne første kartleggingen? Sykepleieren kan med sin profesjonsbakgrunn, ha andre forutsetninger for å kunne se hele mennesket i en denne sammenhengen. Det kan i de tilfeller at fengselet ikke har egen helseavdeling være vanskelig å få en sykepleier til å delta på denne delen av kartleggingen. Men det kan være et mål, at det er ønskelig i den grad det lar seg gjøre.

For å forstå hvordan enkeltmennesket har det, sier Travelbee (2007), at sykepleieren må se det enkelte mennesket for det det er, og forstås på grunnlag av dets opplevelser. Klarer vi her frem den enkeltes opplevelse av sin situasjon i den opplevelsen det er å varetektsfengsles? Kan dette gjøres uten å skape et menneske til menneskeforhold? Klarer sykepleieren ut fra helseskjemaet å oppfatte det som ikke sies med ord? Dette er spørsmål vi stiller oss, som vi videre forsøker å finne svar på i denne drøftingen, da vi ser at det er relevant for å forsøke å finne svar på problemstillingen.

I sykepleierstudiet har vi lært viktigheten av å kommunisere med den man skal hjelpe. Vi lærer om brukermedvirkning og samhandling, uten at vi skal gå nærmere inn på det. Eide og Eide (2009) sier at kommunikasjon er utveksling av tegn og signaler for å formidle budskap, disse tegnene og signalene tolker vi for å finne mening i budskapet.

Kommunikasjon som benyttes med et helsefaglig, overordnet formål kan kalles profesjonell kommunikasjon (Eide og Eide, 2009).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.2 står det: «*Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten*» (Norsk sykepleierforbund, 2011 s:8). For at sykepleieren skal kunne gjøre dette hos den innsatte, ser vi at det er viktig at hun får fatt i hvilke håp den

innsatte har. Sykepleieren kan gjennom kommunikasjon med den innsatte få forståelse for hva som er den innsattes behov for deretter å kunne hjelpe.

- Målet og hensikten med kartleggingen ved innkomst i varetekt, er å avklare den innsattes helsetilstand og om den innsatte er i risiko for å avbryte livet sitt.

I forhold til at kartleggingen skjer i varetekt er det viktig å ta hensyn til de kjente påkjenninger det er å varetektsfengsles. Forskningen viser at den første tiden etter varetektsfengsling kan være ekstra belastende, kaotisk, traumatisk og turbulent (Hammerlin, 2010). For enkelte kommer varetektsfengslingen som ett sjokk, mens for andre har det bare vært et spørsmål om tid. Opplevelsen av å varetektsfengsles trenger ikke alltid å være en påkjenning for den innsatte. For enkelte kan det oppleves trygt å komme til en seng og i tryggere omgivelser, enn livet utenfor kan være (Danielsen og Karlsen, 2008). Vi ser for oss at for noen kan det være trygt å slippe fra livet utenfor fengselet. Forskningen sier at de som sliter med betydelig stoff- eller alkoholproblemer både kan være utslitte, livsmatte og utbrente i det de kommer inn i fengselet, mens noen kan være truet på livet eller sliter med store gjeldsproblemer (Hammerlin, 2010).

Her står vi i fare for å antyde at stoff- eller alkoholmisbrukere er en ensartet gruppe som har belastende levevilkår. I følge Travelbee (2007) er en av utfordringene for sykepleiere å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av andre mennesker. Travelbee er opptatt av å ikke generalisere, men å se enkeltindividet.

Vi mener også at det er viktig å se den innsatte i den situasjonen han er i nå, og da må det også tas i betraktning hvilke forhold han kommer fra. Travelbee påpeker at den kulturen personen er en del av, vil ha en betydning for vedkommende oppfattelse av sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2008).

5.2 Sykepleieren møter den innsatte

Når sykepleieren har første samtale med den innsatte, har møtet en hensikt og et mål, dette er å få en utdypende forståelse av den innsattes helsetilstand, udekkede behov og å vurdere om tiltak er nødvendig. I følge informanten skjer hennes første møtet med den innsatte via et helseskjema. Hun sier at hun ikke trenger å møte den innsatte i det han kommer, slik at dette møtet ikke trenger å være et fysisk møte. Dersom det ikke viser seg ut fra helseskjeskjemaet at det er spesielle forhold ved pasientens helsetilstand som trenger å følges videre opp, kan samtalen mellom den innsatte og sykepleier utsettes.

Videre i intervjuet forteller informanten at det kan ta opptil tre til fire dager før sykepleieren har samtale med pasienten. De kan velge å snakke med den innsatte tidligere dersom de finner forhold ved kartleggingen som tilsier at samtalen haster, eller at den innsatte selv ønsker samtale med helsepersonell.

I «*veileder til helse – og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*» (Helsedirektoratet, 2013), anbefales det at innkomstsamtale gjennomføres kort tid etter innsettelse og at undersøkelse og samtale med den innsatte bør gjennomføres i løpet av ett døgn. Selvmordene i varetekt skjer tidlig i forløpet, og studier viser at 23 % av selvmordene har skjedd de første tre dager i varetekt (Hammerlin, 2010). Med bakgrunn i dette lurte vi på hvorfor samtalen mellom sykepleier og innsatt ikke blir gjennomført før. Samtale på et tidlig tidspunkt anbefales av Helsedirektoratet, (2013), og står nedfelt i De europeiske fengselsreglene (Helsedirektoratet, 2013).

Informanten forteller også at de i forkant av samtalen ser nærmere på hva helseskjema sier om den innsattes psykiske tilstand. Dersom det kommer frem at den innsatte har kjent problematikk, vil hun i den første samtalen spørre direkte om hvordan situasjonen er her og nå. Viser det seg at den innsatte for tiden har helseproblematikk, går de ned på detalj-nivå, for å kartlegge selvmordsrisikoen her og nå. Vi kan oppfatte dette utsagnet som at dersom det ikke fremkommer risikofaktorer eller uttrykkes selvmordsrisiko av helseskjemaet, kan sykepleieren utelate å gå nærmere inn på dette temaet i samtalen med den innsatte. Etter vår mening må sykepleieren være bevisst det at den innsatte kan uttrykke risikosignaler som blir vanskelig for sykepleieren å oppfatte dersom hun har en forutinntatthet om at det ikke er selvmordsrisiko.

I følge Hummelvoll (2012) er det vesentlig å lytte, for å kunne forstå pasientens selvoppfatning og hans problem, som kan vise seg på ulike måter, med eller uten ord. For å

lytte kreves nærvær, som er en evne til å være tilstede på en autentisk måte. Denne nærværenheten gir mulighet for å danne et Jeg-Du-forhold, som danner grunnlaget for et reelt møte mellom sykepleier og den innsatte (Hummelvoll, 2012). Ut fra dette ser vi at det er viktig at sykepleieren er bevisst denne gyldne muligheten hun har til å kunne innhente viktig informasjon om underliggende problemer hos den innsatte, i løpet av samtalen. Da er det også viktig at hun bevisst bruker sin kunnskap og erfaring innenfor kommunikasjon, både verbalt, som å speile mangler, være direkte og utfordre den andres perspektiv, og non-verbalt, som stillhet, øyekontakt og ansiktsuttrykk. Det er også viktig at sykepleieren er undrende og utforskende for å kunne finne informasjon som den innsatte kanskje ikke klarer å få uttrykt på en direkte måte. I Eide og Eide (2009), kommer det fram at pasienter kan fortelle om én ting, mens bekymringen egentlig ligger et annet sted, slik at bekymringene ikke kommer helt fram. Slikt kan komme indirekte til uttrykk som uklarheter, antydninger og hint (Eide og Eide, 2009). Hummelvoll (2012), sier at mange velger ut hva man ønsker å fortelle til andre om seg selv. Dette kjenner vi igjen fra praksis. Det er ikke alltid like lett å få klarhet i hva den du snakker med ønsker å formidle. Som sykepleiestudenter har vi erfart at det ikke er alltid at pasienten ønsker å åpne seg første gang man møtes. Dette kan vi forstå fra et personlig ståsted også- det er ikke alltid like lett å få frem hva man egentlig føler når man ikke kjenner den man snakker med. Sykepleieren kan legge til rette for at dette kan skje ved at møtet preges av et varmt og tillitsfullt klima. Sykepleieren må utvise villighet til å lytte og akseptere den andre (Hummelvoll, 2012).

I Vråle (2009), sies det at det å bli sett, møtt, og forstått som et individ, som en særegen person kan være selvmordsforebyggende i seg selv. I lys av dette vil vi understreke at vi mener det er særdeles viktig at sykepleieren er bevisst sitt kroppsspråk under samtalen, ved at hun uttrykker ro, oppriktig engasjement og omsorg. Vi støtter oss også på Travelbees syn på mennesket, der hun legger stor vekt på individet særegenhet.

Vråle (2009), sier i boken sin at det er en utfordring å utvikle kompetanse til å snakke om livsutfordringer, livsmot og livssmerte. Hun sier det er viktig å ha et bevisst og reflektert menneskesyn i møte med det selvmords truede mennesket (Vråle, 2009). Vi skjønner med dette at det er utfordrende å snakke med, og at det krever at sykepleieren søker å tilegne seg kompetanse innen arbeid med mennesker i livskrise.

Hammerlin (2010), sier at smertespråket som kommer til uttrykk hos innsatte er forskjellig, noen kan være synbart plaget og andre kan være tilbaketrukket eller likegyldige. Ulike væremåter hos den innsatte medvirker til at helsepersonell og tilsatte blir usikre i

risikovurderinger (Hammerlin, 2010). I møtet med den innsatte må sykepleieren være bevisst på at det den innsatte sier og gir uttrykk for ikke alltid gjenspeiler faktiske følelser og oppfatninger.

I boken «*Selv mord og selvmordsnærhet i norske fengsler*» (Hammerlin, 2009) kommer det frem at fengselsbetjenter i en stresset arbeidssituasjon kan ha vanskeligheter med å fange opp dersom noen er særlig selvmordsnær, blant et mangfold av andre tilleggsproblemer som rus- og psykiske lidelser (Hammerlin, 2009). Vi mener derfor det er viktig at sykepleieren, med sin kunnskap og erfaring i arbeid med mennesker i krise, deltar aktivt for å kunne fange opp disse signalene.

Slik det ifølge informanten praktiseres i dag, har sykepleieren samtale med den innsatte på bakgrunn av de helseopplysninger hun har fått. Dette kan være et uheldig utgangspunkt for å kunne oppfatte de signaler og uttrykk den innsatte formidler, da sykepleieren står i fare for å ha en forutinntatt holdning til hans helsetilstand.

Travelbee mener det er langt viktigere for sykepleieren å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon og vite hvilken mening han selv tillegger den, enn å forholde seg til hans diagnose (Kristoffersen, 2008). I denne sammenhengen ser vi det som at den innsattes opplevelse av å bli varetektsfengslet kan være viktigere for de første dagene i varetekt, enn det som kommer frem av helseskjemaet.

Dersom sykepleieren hadde fylt ut helseopplysningsskjemaet sammen med pasienten ved innkommst, kunne hun kanskje fått en mer helhetlig oppfatning av den innsattes egen opplevelse av sin helsetilstand. Travelbee sier at den subjektive opplevelsen av helse er sentral i sykepleiesammenheng (forstått subjektivt vil mennesket være så sykt eller friskt som det føler seg) (Kristoffersen, 2008). Sykepleieren får mye informasjon fra helseskjemaet, men det kan også medvirke til at hans opplevelse av helse ikke blir fanget opp, da dette ikke kan krysses av på et skjema. Du kan ikke kjenne pasienten ut fra diagnose eller merkelapp, men du må forstå pasientens opplevelse av sykdom eller lidelse (Travelbee, 2007).

Travelbee vektlegger å se det enkelte mennesket som individ. Hun sier at for å fange opp det unike ved den enkelte må man forbi merkelapper og kategorier, fordi det bare er mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre (Travelbee, 2007). Sykepleieren er avhengig av å oppnå kontakt for å få forståelse av den innsattes opplevelse. For å forstå hvordan et annet menneske har det, trenger man å oppnå et menneske til menneske forhold, da er kommunikasjon et viktig redskap.

«... Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forbygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 2007 s:135).

For å nå inn til den innsattes selvoppfatning og behov for hjelp, er det nødvendig at sykepleier også lytter. Dette innebærer også å lytte til det som sies uten ord.

Sykepleieren må være bevisst sin rolle som sykepleier for i det hele tatt kunne komme forbi rolleoppfatningene «sykepleier» og «innsatt», og dermed være i stand til å opprette et menneske til menneske forhold slik Travelbee (2007) beskriver det. Vi ser dette i sammenheng med det hun sier om at sykepleieren må ha evne til å fjerne sin forutinntatthet av mennesket. Vi tenker at sykepleieren må se den innsatte som enkeltmenneske, ikke som en kriminell, narkotikamisbruker eller en som står i fare for å avslutte livet sitt. Vi ser for oss at det er gjennom møtet og samtalen sykepleieren skaper grunnlag for å etablere et menneske til menneske forhold. På dette stadiet har sykepleieren anledning til å kunne bruke seg selv terapeutisk for å kunne bidra til å fremme ønsket endring av den innsattes opplevelse av problemer som kan føre til selvmordsrisiko.

Terapeutisk bruk av seg selv innebærer at sykepleieren bruker seg selv aktivt for å redusere eller lindre plager (Travelbee, 2007).

Når sykepleieren snakker med den innsatte fordrer terapeutisk bruk av seg selv at hun er oppmerksom på hvordan hennes atferd virker inn på den innsatte. Hensikten med terapeutisk bruk av seg selv vil være å bidra til å fremme ønsket forandring hos den innsatte slik at han er bedre rustet til å bære påkjenningen han opplever.

Sykepleierens selvinnsett, innsikt i drivkraft bak menneskelig atferd, selvforståelse, egne holdninger og verdier er stikkord Travelbee (2007) bruker når hun beskriver den profesjonelle sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv. Terapeutisk bruk av seg selv betyr at sykepleieren må ha en dyp innsikt i hva det betyr å være menneske (Travelbee, 2007).

5.3 Selvmordsforebygging i møtet med den varetekts innsatte

Vi vil begynne denne drøftingsdelen med et sitat fra Hammerlin (2009), som vi mener har stor betydning for alle delene i det forebyggende arbeidet:

«En god kommunikasjon kan redde liv» (Hammerlin, 2009 s:122).

Dette gjelder både mellom sykepleier-innsatt, betjent-innsatt og mellom de forskjellige yrkesgrupper som er tilknyttet fengselsinstitusjonen.

I følge Hammerlin (2010), er kommunikasjonen og informasjonen mellom fengselspersonell, helsepersonell og andre instanser knyttet til fengsel og varetekt ikke er god nok. Problemer som nevnes i den sammenheng er mangel på faglig forståelse, ressursmangel, diagnostisk uenighet mellom helsepersonell og uenighet om omsorgstiltak (Hammerlin, 2009). Vi har valgt å nevne dette i drøftingen, da vi mener dette kan være til hinder for det forebyggende arbeidet i fengselet.

Sykepleieren kan jobbe selvmordsforebyggende på flere plan, Vi velger å dele det opp i det personlige plan, det praktisk plan og det materielle plan. Ved å oppnå tillit, vise trygghet og omsorg kan sykepleieren oppnå en god relasjon til den innsatte, slik at dette kan skape et godt grunnlag for å arbeide forbyggende på det personlige plan. Sykepleieren kan hjelpe den innsatte med praktiske ting som for eksempel telefoner til det offentlige, hvem skal lufte hunden? Da dette kan være noen av mange bekymringene den innsatte har. Det praktiske plan kan også innebære å hjelpe den innsatte til å mestre eller finne mening i situasjonen.

Forebygging på det materielle plan kan være å fjerne gjenstander eller virkemidler som den innsatte kan bruke for å skade seg selv på, dersom den innsatte regnes å være i risiko for å utføre selvmord.

I fengselet kan sikkerhetscelle være et forbyggende tiltak. Denne tertiære forebyggingen kan benyttes dersom den innsatte har gitt uttrykk for høy selvmordsfare. På spørsmålet vårt om hvilke fokus informantene har i det forebyggende arbeidet mot selvmord i varetekt, svarte hun at det var bruk av sikkerhetscelle. Sikkerhetscellen benyttes frem til den innsatte får snakke med lege, og det er tilsyn med den innsatte hver halve time. Vi mener det er særdeles viktig med hyppige tilsyn dersom et slikt tiltak benyttes, da vi vet at isolasjon kan forsterke psykiske plager, og er en risikofaktor i forhold til selvmordsproblematikk.

Hammerlin (2009) sier at forebygging i fengsel foregår på flere nivåer, i denne sammenheng ser vi at sykepleieren har mulighet til å drive sekundært forebyggende arbeid gjennom det konkrete møtet og samtale med den varetekts innsatte.

Arbeidet med oppgaven har gitt oss forståelse for at en av måtene sykepleieren kan arbeide forebyggende på, er ved å etablere kontakt med den innsatte på et tidlig stadium. Det er nok gjennom samtale med den innsatte at hun kan avdekke hans behov og dermed forme passende tiltak. Om ikke den innsatte viser seg å være i risiko for å avslutte livet på dette stadiet, kan sykepleieren gjennom å etablere kontakt ha lagt et godt grunnlag for forebygging dersom det ved et senere stadium viser seg at den innsatte er i økt selvmordsrisiko. Det at sykepleieren etablerer god kontakt tidlig, kan også medvirke til at den innsatte unngår å havne i risiko for å ønske å avslutte livet sitt.

I en mer strategisk og strukturell omsorgs- og oppfølgingsstrategi, kan samtalen være et første steg. Samtalen bør ha som overordnet mål å gi trygghet, omsorgsfull hjelp og anerkjennelse (Hammerlin, 2009). I samtalen kan sykepleieren hjelpe den innsatte å se muligheter, øyne håp og føle mestring, ved å vise situasjonen fra andre synsvinkler slik at den innsatte blir i bedre stand til å se muligheter for fremtiden. Å utforske mulige forklaringer kan hjelpe til å se situasjonen fra andre synsvinkler og dermed åpne for justering av eget perspektiv (Eide og Eide, 2009).

Sykepleieren har en unik mulighet for å kunne påvirke den innsattes opplevelse av sin situasjon gjennom samtale. Gjennom samtale kan sykepleieren bidra til å forebygge selvmord i varetekt når hun møter den innsatte. Gjennom samtalen kan sykepleieren få forståelse av den innsattes opplevelse av livet sitt. Hun har mulighet til å hjelpe den innsatte med å se muligheter slik at livssituasjon kan oppleves lettere. Hun kan hjelpe den innsatte til å finne mening i en vanskelig tilværelse og øyne håp for fremtiden. Dette, ifølge Hammelin (2010), ved at det forebyggende arbeidet bygger på en solidarisk og human grunnholdning hvor likeverdig personlighet, den enkeltes integritet og verdighet som medmenneske sikres. I artikkelen påpekes det at tiltakene må person fokuseres og tilpasses den enkelte for å anerkjenne den innsatte som et handlende vesen med særegne behov i en vanskelig livssituasjon (Hammerlin, 2009). Dette ser vi også igjen i Travelbees syn på mennesket, og kan oppnås ved å bruke seg selv terapeutisk i samtale med innsatte.

I følge Travelbee (2007) er det den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet å gjenvinne håp. Den innsatte kan oppleve håpløshet, fordi det å

varetektsfengsles kan gjøre at den innsatte opplever manglende kontroll over eget liv og uforutsigbarhet. Sykepleieren kan hjelpe den innsatte til å gjenvinne håp ved for eksempel å bidra til forutsigbarhet gjennom god informasjon, og å finne ressurser hos den innsatte som kan bidra til økt følelse av kontroll. Dersom håpet er knyttet til mål som er realistiske å nå med de ressurser og mot en har, kan det være en god forventning (Vråle, 2009). Sykepleierens forebyggende arbeid kan være både å hjelpe den innsatte å sette mål, finne egne ressurser, opptre støttende og anerkjenne den innsattes vanskeligheter. Dette er ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.2: «*Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten*» (Norsk sykepleierforbund, 2011 s:8) en plikt sykepleieren har.

Ved at sykepleier bevisst jobber for å skape en god relasjon til den innsatte, kan de sammen jobbe for at den innsatte skal kunne finne håp, mestring og livsmot i den situasjonen han er i. Mæland (2010) sier at det er når pasient og behandler sammen utforsker livssituasjonen og valgalternativene, at personens selvinnsett i egen tenkemåte, holdninger og vurderinger øker. Ved at sykepleier også viser den innsatte tillit, respekt og tilgjengelighet, er det lettere for han å oppsøke hjelp ved behov. Viktige faktorer i forebyggende relasjoner er omsorgsfull nærhet, solidarisk og praktisk støtte og et anerkjennende menneskesyn (Hammerlin, 2009).

Det er nok lettere for den innsatte å kunne søke hjelp tidlig, dersom det er skapt god relasjon mellom han og sykepleier. Travelbee (2007) sier at det unike ved sykepleie, er at den profesjonelle sykepleieren har den fordel at hun har ubegrenset tilgang til den syke. Hun sier videre at sykepleieren er tilstede når syke mennesker gjennomgår sykdom og lidelse, og er den eneste helsearbeideren som har en strategisk posisjon der hun kan gi *umiddelbar* hjelp til den syke og lidende. Dette gjelder nok for norske fengsler, innsatte har nok lettere tilgang til sykepleiere enn annet helsepersonell.

For sykepleiere er det å ha god kunnskap om risikosituasjoner og årsakssammenhenger i forhold til selvmord i fengsel grunnleggende, for at hun skal kunne bidra til sekundær forebygging av selvmord. Det er viktig å kjenne til risikosituasjoner og årsakssammenhenger i forhold til selvmord, for å kunne identifisere og vurdere selvmordsfaren og møte pasienten på de forholdene som kan ha forårsaket selvmords trusselen (Vråle, 2009).

Kunnskap og kompetanseutvikling er viktige elementer når det gjelder å forbygge selvmord i varetekt. I artikkelen *Selvmord i norske fengsler* (Hammerlin, 2000) sier forfatteren at et godt forebyggende arbeid forutsetter en bred og dyp forståelse av selvmord.

Vi har i studietiden lært at det er en av våre viktige oppgaver som sykepleiere er å kunne tilegne seg og anvende ny kunnskap. Dette kommer frem flere plasser, blant annet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i punkt 1.4 «*sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis*» (Norsk sykepleierforbund ,2011 s:7). I helse- og omsorgstjenesteloven §8-2, 3. ledd *har personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, plikt til å delta i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner vedlike (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).*

Hammerlin (2010) sier at det finnes mye kunnskap om selvmord, og vi har i våre søk etter relevant litteratur til oppgaven sett at det er flere forfattere som jobber med selvmordsproblematikk i norske fengsler. Forebyggende arbeid i fengsel har flere erfaringsmessige og institusjonelle særtrekk som er av betydning for hvordan forebyggende arbeid mot selvmord bør gjøres innenfor en slik spesiell institusjonsform (Hammerlin, 2009). Vi ser at bevisstgjøring av hvilke faktorer som er spesielt for den varetektsfengslete er av vesentlig betydning for sykepleieren i det forebyggende arbeidet mot selvmord. Intern opplæring og erfaringsutveksling er viktig i det selvmordsforebyggende arbeidet i varetekt.

6 Avslutning

6.1

Oppsummering

Møtet sykepleieren har med den innsatte i varetekt danner rammene for samtalen. Sykepleieren må være bevisst mulighetene hun har til å påvirke den innsatte til selv å finne håp og se mening i situasjonen han befinner seg i. Sykepleieren kan gjennom møtet med den innsatte i varetekt bidra til at påkjenningene den innsatte opplever, føles mindre belastende, og dermed unngå at den innsatte ser selvmord som en løsning. Mye tyder nok også på at tidspunktet for dette møtet er av betydning for det selvmordsforebyggende arbeidet.

Konklusjon

I forhold til spørsmålet vårt når vi begynte på oppgaven har vi funnet ut at det er mange komplekse forhold som gjør at det å varetektsfengsles er en ekstra belastende påkjenning. Vi synes å ha klart å få fatt på hvor sammenfattende og uovervinnelige problemer kan oppleves for den varetektsfengslete. Når at sykepleier har kunnskap om hva som kan oppleves problematisk for den innsatte, kan hun bedre se hvilke behov den innsatte kan ha, og dermed få større forståelse for hvilke tiltak som kan gjøre i det forebyggende arbeidet mot selvmord. God sykepleie kan hjelpe den innsatte til å ta riktig valg og velge livet. Sykepleieren kan ikke direkte hindre den innsatte i å ta sitt eget liv, men kan kanskje påvirke den innsatte til å se lysere på fremtiden.

6.2 Litteraturliste

- Aadland, E (2004) *"Og eg ser deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Danielsen, T., Karlsen, V. (2008). *Kvalitet i varetektsarbeidet: Del 1: Manual*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS. Hentet 22. oktober 2013 fra http://brage.bibsys.no/krus/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_17735/1/KRUS-handbok-1-small.pdf
- Dyregrov, K., Plyhn, E., Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet –veien videre* Oslo: Abstrakt forlag.
- Eide, H., Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Hammerlin, Y. (2000), *Selv mord i norske fengsler: del 1 og 2*. Tidsskriftet Suicidologi 2000,5:1. Hentet 22. oktober 2013 fra http://brage.bibsys.no/krus/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_26030 og http://brage.bibsys.no/krus/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_26034
- Hammerlin, Y. (2009). *Selv mord og selvmordsnærhet i norske fengsler. Selvmordsforebyggende arbeid i norske fengsler*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter KRUS Hentet 22. oktober 2013 fra http://brage.bibsys.no/krus/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_17734/1/KRUS-handbok3-09.pdf
- Hammerlin, Y. 2010. *Å bryte livet i fengsel*. Tidsskriftet Suicidologi 2010, 15: 2. Hentet 22. oktober 2013 fra http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2010/nr2/Hammerlin_fengsel.pdf

Helsedirektoratet (2013). *Veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel*. IS-1971. Hentet 22. oktober 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel/Publikasjoner/IS-1971Rev.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen* Hentet 22. oktober 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-20110624-030-003.html#3-9>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet 22. oktober 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-20110624-030-003.html>

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

Kristoffersen, N.J., Nortvedt F., Skaug E. (2008). *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

Kriminalomsorgens årsstatistikk (2012). *Kriminalomsorgen sentrale forvaltning*. Hentet 22. oktober 2013 fra <http://www.kriminalomsorgen.no/statistikk-og-noekkeltall.237902.no.html>

Lov om gjennomføring av straff mv. (2001). *Straffegjennomføringsloven. Kap.1 § 2*. Hentet 22. oktober 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-20010518-021-001.html#2>

Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug. 3.utgave

Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* Hentet 22. oktober 2013 fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal norsk forlag Oslo

Vråle, G. (2009). *Møtet med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk

INTERVJUGUIDE

Vi vil på forhånd av intervjuet ha opprettet kontakt med intervjupersonen, hvor vi har presentert oss selv. Vi vil da ha orientert om:

- Hvem vi er
- Hva vi holder på med
- Hvorfor vi gjør det
- Hva vi vil bruke resultatene til
- Hvordan vi har valgt informant/intervjuperson
- Mulige fordeler/ulempene det kan medføre for intervjupersonen
- Løfte om anonymitet dersom det er ønskelig
- Hvor lang tid avtalt intervju forventes å ta
- Forespørsel om båndopptak og å ta notater underveis
- Vi er ikke ute etter å bedømme eller vurdere, men å forstå
- Vi har ikke riktige/gale svar, det er intervjupersonen som er eksperten

Vi har formulert tre hovedtema, hvor vi har underspørsmål. Noen spørsmål kan utvikles i løpet av intervjuet, slik Dalland (2007), beskriver halvstrukturerte intervju, hvor spørsmål dannes og følger av hvilke svar intervjupersonen kommer med. For eksempel at vi ber intervjupersonen fortelle om et typisk første møte mellom sykepleier og innsatt, kan vi følge opp med utdypende spørsmål etter hvert. Temaene vi ønsker belyst har vi med her, uten at de nødvendigvis er i bestemt rekkefølge. Vi ønsker likevel å ha en viss struktur i intervjuguiden, og ha god plass til å notere underveis, for å ha best mulig kontroll på etterarbeidet.

Dalland (2007), sier det kan være smart å starte intervjuet med noe faktaorientert som er lett å besvare for intervjupersonen. Videre er det greit å unngå for mange hvorfor spørsmål, og heller oppfordre intervjupersonen om å beskrive, for å få en mest mulig spontan og konkret beskrivelse (Dalland, 2007). Vi skal ikke avbryte intervjupersonen mens han snakker. Vi skal bruke god tid, og la intervjupersonen snakke, ha mulighet til å tenke og reflektere.

Vi ser at det kan være en fordel at vi er to studenter som intervjuer, slik Dalland (2007) sier. Dette fordi vi kan diskutere oss imellom, kanskje vi får frem mer av intervjuet enn det en av oss klarer. Kanskje får vi frem momenter og inntrykk som ikke notater eller båndopptaker kan

formidle (Dalland, 2007). Vi tenker likevel at vi skal ha avklart på forhånd hvem som har hovedansvar for å stille spørsmål, selv om den andre har mulighet til å delta. Den som ikke stiller spørsmål, har hovedansvar for båndopptaker samt å ta notater. Begge skal ta notater. Dalland (2007), sier det kan være en utfordring når det er flere som intervjuer, fordi det krever at vi lytter både til hverandre og intervjupersonen. Han sier også at det skal lite til for å avspore et intervju, og det skal vi ha med oss (Dalland, 2007).

Tema og spørsmål:

1. Sykepleierens funksjon:

1.1 Hva er din rolle og hvilken funksjon har du som sykepleier når du møter den varetektsinnsatte?

2. Forebyggende arbeid:

2.1 Hvordan jobber du som sykepleier forebyggende i forhold til høy selvmordsstatistikk blant varetektsfanger?

2.2 Hva har du fokus på med tanke på vurdering av selvmordsrisiko når du møter den varetektsfengslete?

2.3 Dersom det er vurdert økt selvmordsrisiko, hvilke tiltak gjøres?

2.4 Hvordan er det for den innsatte i varetekt å få tilgang til en samtale med sykepleier, ved akutt behov?

3. Sykepleierens egen erfaring:

3.1 Er det ting du mener kunne vært gjort annerledes for å bedre det forebyggende arbeidet rettet mot selvmord de første dagene i varetekt?

3.2 Er det noe du synes vi har glemt å spørre om, eller forhold som du synes er viktig for oss å få med i intervjuet?

Vi takker for oss, og for at intervjupersonen tok seg tid til oss.

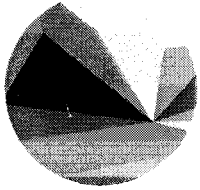
Rett etter intervjuet skal vi bruke litt tid på å notere umiddelbare inntrykk mens de er ferske, og har spørsmål til hjelp for å reflektere:

Umiddelbart etter intervjuet skal vi snakke oss imellom, vi skal skrive ned egen spontan tolkning- dette kan være nyttig å sammenligne med tolkning etter å ha analysert intervjuet (Dalland, 2007). Vi bruker litt tid på å notere ned umiddelbare inntrykk mens de er ferske. Vi har spørsmål til hjelp for å reflektere:

- Hvordan ble vi mottatt
- Stemningen under samtalen
- Avslutningen av intervjuet?
- Forhold rundt? Omgivelser? Avbrytelser? Forhold som kunne påvirke intervjuet?

Litteraturliste

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

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

Stiles til: Bock Fergesel
Avdeling / institusjon

Ved: (Sykepleier) / helseavdeling, Sissel Hansen
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

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

søker:

Student: Trine Alice Olsen og Erna Sofie Nerleir

Bachelor i sykepleie: Kull: 10 v Studiested: Universitetet i Nordland, Heigeland.

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: Sykepleiers rolle/funksjon i forebygging av selvmord hos varetektsinsatte de første 4-5 dager etter varetektsfengsling.

Undersøkelsen er del av arbeidet vi har valgt i vår Bacheloroppgave, som er en formell oppgave i den avsluttende delen av sykepleiestudiet.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: Sykepleier ansatt v/ Bodø Føngsel, helseavdeling

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Båndopptaker

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

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: 1 times intervju, 7/8-2013

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

Med hilsen

Inne A. Olsen og
Student Erna Nerøe

Olav B. Møllstien
Faglærer

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

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: Tine Alice Olsen og Erna NerleirFaglærer: Aase B. MøllersenHøgskole: VIN Helgeland

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.Søknad av dato 23/6-13 er behandlet dato 1/7-13 av saksbehandler / organ:Helsevid. v/ Bodø FengselVedtak: Innvilges.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

spes. Sykepl. Sissel Hansen

Underskrift

Tilsynslege
Bodø fengsel

Underskrift

KARTLEGGNING/SAMTALE

NAVN:

FØDT :

NASJONALITET:

SPRÅK/TOLK:

BOSTEDSKOMMUNE:

FASTLEGE:

FAMILIE:

HVEM HAR ANSVAR FOR BARN? :

ANNET NETTVERK?:

ARBEID/SKOLE:

ØKONOMI:

FYSISK

VEKT:

HØYDE:

SYKDOMMER NÅ:

INNLAGT PÅ SYKHUS:

ÅRSAK:

HVOR:

SMERTER:

SÅR:

SØVN:

ERNÆRING:

ALLERGI:

BRUK AV MEDISINER:

HAR DU INDIVIDUELL PLAN/ØNSKER DU IP.?

HAR DU TATT PRØVER I FORHOLD TIL :

TUBERKULOSE:

CLAMYDIATEST:

HIV-TEST:

HEPATITT B OG C -TEST:

NÅR?:

PSYKISK

HAR DU HATT DEPRESJONER ? JA NEI HVIS JA, NÅR

STATUS NÅ

HAR DU HATT ANGST JA NEI
STATUS NÅ?

SUICIDALE TANKER? JA NEI
STATUS NÅ?

SUICIDALE FORSØK? JA NEI
HVORDAN?

HAR DU NOEN GANGER BRUKT MEDISINER FOR PSYKISKE LIDELSER?
HVIS JA, NÅR?

HVA SLAGS MEDISIN?

HAR DU NOEN GANG FÅTT BEHANDLING/HJELP?
HVIS JA, HVOR AV/AV HVEM
HVIS JA, HVOR/AV HVEM:

ANNET:

RUS

HVOR OFTE HAR DU DRUKKET ALKOHOL DE SISTE 4 UKENE?
NÅR BEGYNTE DU Å DRIKKE ALKOHOL?

HVOR MYE HAR DU DRUKKET HVER GANG?

BRUKER DU ANDRE TYPER RUS?

HVILKE TYPER?
NÅR BEGYNTE DU Å BRUKE RUSMIDDLER?

INNTAKSMÅTE?

NÅR TOK DU RUSMIDLER SIST?

HVOR MYE?

HVOR OFTE HAR DU TATT RUSMIDDEL DE SISTE 4 UKENE?

HVOR MYE TOK DU HVER GANG?

HAR DU TATT OVERDOSE NOEN GANG?

HVIS JA, NÅR

ER DU REGISTRERT I MAR/LAR?

HVIS JA, NÅR

TILTAK:

HAR DU AKUTTE BEKYMNINGER NÅ?

HELSEAVDELNINGEN SAMARBEIDER MED SOSIONOMEN HER I FENGSLER
TILATER DU DET SAMARBEIDET?

HELSEAVDELNINGEN KOMMER INNOM OG SAMLER INN DISSE ARK