

Å JOBBE MED SELVSKADENDE PASIENTER: HVA ER PROBLEMET MED DET?

- *En kvalitativ studie om sykepleierens opplevelse av selvskading*

Grethe Karlstad

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse, Mai 2015

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært utfordrende og spennende. Det har imidlertid vært en fryd å få lov til å fordype seg i en tematikk som engasjerer meg. Dette har vært et år med mye jobbing og mange opp- og nedturer i takt med fremdrift i dette prosjektet. Det er i denne forbindelse mange jeg ønsker å rette en takk til i dette forordet.

Jeg vil først og fremst rette en stor og ydmyk takk til deltakerne som stilte opp til intervju, og som muliggjorde denne studien. Det er med stor respekt jeg har lyttet til deres ærlige og direkte fortellinger, og takker derfor for deres vilje til å dele disse innerste følelser med meg. Dere har lært meg mye. Tusen takk til dere alle!

En stor takk må også rettes til min veileder Jürgen Kasper. Takk for din vennlighet og imøtekommenhet i våre veiledninger. Takk for fine samtaler og for motivasjon og støtte underveis i prosjektet.

Jeg vil videre benytte anledningen til å takke medstudenter og våre kulledeere Gunn Pettersen og Anne Grete Talseth for tre fantastiske år på masterstudiet. Dere er super alle sammen, og jeg kommer til å svane dere alle.

Jeg vil videre rette en stor takk til kollegaer på Akuttpost Tromsø, UNN Åagård for deres støtte. En spesiell takk rettes til min fantastiske kollega Mariell Hansen for å ha oppmuntret meg når det buttet imot. Videre vil jeg takke Lajla-Merete Knutsen, Ingvild Dahl og Håvard Beckstrøm for hjelp, råd og tips underveis i prosessen. Ikke minst må jeg takke avdelingsoverlege Siren Hoven og avdelingssykepleier Siv Inger Rørnes for tilrettelegging, slik at jeg fikk muligheter til å ta denne mastergraden.

Til slutt vil jeg rette en stor og kjærlig takk til min familie. En stor takk til min samboer, som har måtte tåle mye fagprat, rot med bøker og fagartikler og mange hybelkaniner i denne perioden. En spesiell takk vil jeg gi til min eldste sønn Sigurd for datahjelp, og trygg manøvrering i dataverdens finesser, og en stor takk til min yngste sønn Adrian for tålmodighet og forståelse over en mamma som ikke kan dra på tur og som har sittet mye med hodet i datamaskinen i perioder.

Grethe Karlstad

SAMMENDRAG

Temaet som utforskes i denne oppgaven er sykepleiers opplevelse av selvskading. Hensikten med studien var å utforske hvilke belastninger sykepleiere opplever i sitt arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk.

Selvskading oppleves dramatisk og de som må forholde seg til dette, preges ofte sterkt. Selvskading er ikke en diagnose, men pasienter innlegges ofte i akuttpsykiatriske sengeposter, på grunn av alvorlighetsgraden av selvskadingen, eller at suicidalitetsaspektet er uklart.

Studiens problemstilling er:

«På hvilken måte kan sykepleiere oppleve belastninger av å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk i en akuttpsykiatrisk avdeling?»

Utvalget består av fire sykepleiere som jobbet i en akuttpsykiatrisk avdeling. Det ble benyttet semi-strukturert intervju som metode for å innhente datamateriale til studien.

Oppgaven er skrevet etter inspirasjon av fenomenologisk metode, og systematisert etter Malterud (2013) systematisk tekstkondensering.

To kategorier framkom fra analysen: 1) Systemfrustrasjon, med subgruppene; «kunnskapsmangel» og «frustrasjon og maktesløshet». 2) Relasjonsrelaterte belastninger, med subgruppene «redselen ligger i bakhodet», «relasjonstretthet» og «erfaringsambivalens».

Oppgavens teorimateriale omfatter teori om selvskading, forskning på området, samt at Kari Martinsens omsorgsteori/filosofi brukes noe for å belyse begrepet omsorg i oppgaven. Jeg anser teorimaterialet som relevant for å belyse oppgavens problemstilling.

Funn i studien tyder på at sykepleieren opplever belastninger på to nivåer. På den ene siden på «systemnivå», der mangel på undervisning, klarerer retningslinjer og gode strategier for å kunne møte selvskadende pasienter på en hensiktsmessig og faglig god måte, er fremtredende. På den andre siden på «individnivå», der redsel og frykt for pasientens liv, tynger sykepleieren. Tette relasjoner med pasientene over lang tid, medfører også belastninger for sykepleieren, der det oppleves belastende og utmattende å stå alene i vanskelige problemstillinger.

Søkeord: selvskading, suicidalitet, akuttpsykiatri, belastninger, omsorg, sykepleie.

SUMMARY

The topic of this study is nurses experiences with meeting self-harming patients. The aim is to find out more about which loads nurses can experience in their work with this particular group of patients. Self-harming is a dramatic act, and those who has to relate to this could be strongly affected by these kinds of acts. Self-harming is not a diagnose, but patients who self-harm is often admitted to acute psychiatric wards because of the severity of the self-harm and worries of suicidal intentions.

The research question in this study is: «In what way do nurses experience loads when meeting patients that self-harm in an acute psychiatric ward?».

Four nurses that work in acute psychiatric wards were interviewed, using a semistructured interview guide. The study is inspired of a phenomenological approach, and systemized using Malteruds (2013) content analysis. The analysing process showed two categories: 1) System frustration, with the subthemes: «lack of knowledge», «frustration and hoplessness». 2) Relation-burdens/loads, with the subthemes: «fear in the back of the head», «relation-tiredness» and «experience-ambivalence».

Theory used to understand nurses experiences when meeting self-harming patients is theory about the subject, and previous research on self-harm. In addition Martinsens theory of carings is also used to shed light on the topic.

Findings in this study suggests that nurses experience loads in two levels. On one hand in a «system-level», where lack of education, guidelines and strategies for meeting self-harming patients in a good, expedient and academic way is prominent. On the other hand in an «individual level», where fear and anxiety for the patients life burden the nurses. Close relations with the patients over time also presents loads for the nurses.

Keywords. Self-harm, suicidality, acutepsychiatric, loads, caring, nursing.

Innhold

| | |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING/BAKGRUNN | 7 |
| 1.1 Generell bakgrunn | 7 |
| 1.1.1 Hva er selvskading? | 8 |
| 1.1.2 Selvskading og villet egenskade. | 8 |
| 1.1.3 Selvskading og mellommenneskelige forhold. | 11 |
| 1.1.4 Selvskading, psykiske lidelser og fenomener. | 15 |
| 1.1.5 Akuttpsykiatri | 17 |
| 1.1.6 Studiens hensikt og foreløpig problemstilling. | 18 |
| 1.2 Tidligere forskning | 19 |
| 1.2.1 Erfaringer med pasienter som selvskader | 20 |
| 1.3 Vitenskapsteoretisk perspektiv | 22 |
| 1.3.1 Kari Martinsens perspektiv på omsorg | 24 |
| 1.3.1.1 Omsorg som relasjonelt begrep | 25 |
| 1.3.1.2 Omsorg som praktisk begrep | 26 |
| 1.3.1.3 Omsorg som moralsk begrep | 26 |
| 2.0 ENDELIG PROBLEMSTILLING | 27 |
| 2.1. Endelig problemstilling | 27 |
| 2.2 Spesifikasjon av problemstilling | 27 |
| 3.0 METODE | 28 |
| 3.1. Gjennomføringsplan | 28 |
| 3.2 Datainnsamling | 28 |
| 3.2.1 Gjennomføring av det kvalitative intervjuet. | 30 |
| 3.2.2 Datakvalitet: reliabilitet og validitet | 31 |
| 3.3 Ethiske vurderinger | 32 |
| 3.4 Informanter | 33 |
| 3.4.1 Inklusjonskriterier | 33 |
| 3.4.2 Utvalg og antall informanter | 33 |
| 3.5 Analyse | 34 |
| 3.5.1 Transkribering og datainnhenting | 34 |
| 3.5.2 Analysemetode | 35 |
| 3.5.2.1 Å få et helhetsinntrykk | 36 |
| 3.5.2.2 Meningsbærende enheter- fra temaer til koder | 37 |
| 3.5.2.3 Kondensering- fra kode til mening | 37 |
| 3.5.2.4 Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begrep. | 38 |
| 4.0. Resultater | 38 |

| | |
|--|----|
| 4.1 Gjennomføringsrapport | 38 |
| 4.2 Analyserapport | 39 |
| 4.3 Endelige resultater | 40 |
| 4.3.1 Systemfrustrasjon..... | 40 |
| 4.3.1.1 Kunnskapmangel. | 41 |
| 4.3.1.2 Frustrasjon og maktesløshet..... | 43 |
| 4.3.2 Relasjonsrelaterte belastninger. | 44 |
| 4.3.2.1 Redselen ligger i bakhodet..... | 45 |
| 4.3.2.2 Relasjonstretthet..... | 46 |
| 4.3.2.3 Erfaringsambivalens. | 48 |
| 5.0 DISKUSJON | 50 |
| 5.1 Kort sammendrag av studiens mål og viktige resultater | 50 |
| 5.2 Begrensninger og metodekritikk | 50 |
| 5.3 Vurdering av resultater i kontekst av litteraturen | 51 |
| 5.3.1. Systemfrustrasjon..... | 51 |
| 5.3.2 Relasjonsrelaterte belastninger | 56 |
| 5.4 Avslutning | 64 |
| 5.4.1 Implikasjoner for praksis | 65 |
| 5.4.2 Videre forskning | 66 |
| 6.0 LITTERATURLISTE | 67 |

1.0 INNLEDNING/BAKGRUNN

1.1 Generell bakgrunn

I de senere år har det vært en økende interesse rundt temaet selvsykdom, og det er publisert en rekke bøker og studier om temaet.

I Europa og USA er livstidsprevalensen på villet egenskade rundt 3 til 5 %. Rundt en fjerdedel av alle som skader seg, gjentar skadningen innen 4 år, og på lang sikt ligger selvmordsrisikoen for disse på mellom 3 til 7 % (Hjemsæter, Eggen & Eiring 2008). I en norsk undersøkelse framkommer det at nesten 7% av de spurte hadde skadet seg selv med vilje, enten med eller uten suicidale hensikter det siste året. Mange av disse møter helsevesenet, enten i form av behandling på legevakt eller som akuttinnleggelse i akuttpsykiatriske sengeposter (Ystgaard *et al.* 2003).

Temaet som studeres i denne masteroppgaven er «Sykepleierens opplevelse av selvsykdom».

Selv om selvsykdom som fenomen, nå løftes fram i større grad, er det fortsatt et behov for mer kunnskap på området. Dette er av betydning, da selvsykdom er en hyppig årsak til innleggelser i akuttpsykiatriske sengeposter (Fallon, 2003), på tross av at forskning og retningslinjer fraråder dette (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle 2013).

Formålet med oppgaven er å sette lys på hvordan det oppleves for sykepleierens å jobbe med pasienter med selvsykdomsproblematikk, og hvilke belastninger disse sykepleierne erfarer i sitt arbeid.

Min erfaring med selvsykdomsende pasienter er hentet fra min daglige praksis som psykiatrisk sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling. Slik nevnt overfor innlegges og reinnlegges personer med selvsykdomsproblematikk, jevnlig i akuttpsykiatriske sengeposter. En viktig oppgave for sykepleiere blir ofte å vurdere skadetrang hos pasienten, og å forhindre at pasienten skader seg ytterligere.

Samhandling med selvsykdomsende pasienter kan oppleves som utfordrende, da det kan fremstå uforståelig at pasienten velger å kutte seg for å klare å få sove, eller at en overdose med tabletter blir løsningen etter en krangel med kjæresten.

Selvsykdom kan videre oppleves som dramatisk, og kan vekke sterke følelser hos helsepersonell (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010).

Det er tydelig at de som må forholde seg til selvsykdom blir sterkt preget av fenomenet. Det å forsøke å hjelpe et annet menneske, er et utfordrende prosjekt. Relasjonen skal

oppleves trygg, både for den som mottar og den som gir hjelp eller behandling. Det å hjelpe et annet menneske er i og for seg vanskelig, uansett problematikk, men når problemet er gjentatt selvskading eller selvmordsforsøk, blir det enda vanskeligere (Øverland, 2006).

En viktig tilknytting til tema er at selv om selvskading er et utbredt fenomen i akuttpsykiatri, er det ingen definert diagnose i de ulike diagnostiske systemer. Det vektlegges at selvskading er knyttet opp til adferd (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010).

Temaet er relevant både i forhold til sykepleieforskning generelt, samt i et samfunns- og helsemessig perspektiv. Det dreier seg om å se selvskading i et helhetlig perspektiv, der også sykepleierens perspektiv kommer til syne. Større forståelse og kunnskap om tematikken vil videre komme pasienten til gode, i form av god og hensiktsmessig omsorg og pleie.

1.1.1 Hva er selvskading?

Det er innledningsvis viktig å se nærmere på begrepet selvskading, samt se nærmere på tematikker rundt det å samhandle med selvskadende pasienter og hva som kan være utfordrende i dette arbeidet. Dette er av betydning for videre å kunne belyse belastende faktorer senere i oppgaven.

1.1.2 Selvskading og villet egenskade.

Fenomenet selvskading oppfattes som relativt nytt og har blitt spådd av den amerikanske psykiateren Favazza, (1992) til å bli den neste store «ukjente lidelsen», slik spiseforstyrrelser gikk fra å være «a strange case» til å være «a hot case» i løpet av noen tiår. (Favazza, 1992). Selvskading er i ferd med å øke i synlighet, både i ungdomskulturen generelt, men også i mer spesialiserte tilbud som barnevern, PP-kontorer og i psykiatriske behandlingskontekster (Skårderud 2006, Øverland 2006). Det er i de siste årene blitt publisert studier som viser at det bak en slik synlighet finnes en relativt høy forekomst av selvskading i ungdomspopulasjonen (Madge *et al*, 2008. Ytsgaard *et al*, 2003). Det er imidlertid begrenset med epidemiologisk materiale å sammenligne med, men det er en viss evidens for at fenomenet øker i omfang (Skårderud, F. Haugsgjerd, S. & Stänicke, E 2010).

Kjennetegn ved personer som skader seg selv er at de er i 20-30 årene. Selvskading er videre mer utbredt blant jenter enn gutter (Ytsgaard *et al*, 2003. Madge *et al*, 2008). Gjennomsnitt av antall selvskadingsepisoder er 50 ganger. Undersøkelser viser at selvskading varer over flere år og at de som selvskader også har tatt overdoser med medikamenter i tillegg. Det fremkommer videre at personer med selvskadingsadferd hadde en økt forekomst av spiseforstyrrelser (Favazza & Conterios i Øverland 2006).

Det finnes mange ulike definisjoner på begrepet selvskading og representerer et sammensatt og langt fra entydig, klinisk fenomen (Sommerfeldt & Skårderud 2009, Øverland 2006). I følge Suttén 2007 vil en første distinksjon, gå ut på å skille mellom *direkte selvskading* og *ikke-direkte selvskading*. Ikke-direkte selvskading henspiller på et spekter av kroppspraksis som fremstår som destruktiv, sånn som; røyking, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner. Slike former for ikke-direkte selvskading kommer ikke til å bli videre tematisert i denne oppgaven.

Direkte selvskading på den andre siden, handler om at man aktivt påfører sår, smerter og skade på sin egen kropp.

Begrepene selvskading og villet egenskade er to vanlige begreper i norsk sammenheng. Begrepet villet egenskade synes imidlertid å øke i bruk. Bakgrunnen for dette kan være at dette begrepet er mer forenelig med «intentional self-harm», som brukes i ICD- 10, samt i en rekke studier og i litteratur om fenomenet (Sommerfeldt & Skårderud 2009, Øverland 2006).

Et viktig poeng i denne sammenhengen er at begrepet *villet*, ikke sikter til viljen til å dø. *Villet* dreier seg om å utføre selvskadende handlinger med vilje, og ikke om man for eksempel blir skadet i en ulykke (Sommerfeldt & Skårderud 2009). Som nevnt overfor er selvskading som begrep uklart definert, og det hersker tvil om forholdet mellom selvskading og suicidal adferd. Villet egenskade benyttes nå i større utstrekning som en fellesbetegnelse på alle handlinger som en person med vilje utfører for å skade seg selv, med eller uten suicidal hensikt. Undergruppen av villet egenskade som utføres *uten* suicidal intensjon, kalles selvskading (Mehlum & Holseth 2009).

I litteraturen omtale selvskading som et heterogent fenomen. Vi vet lite om selvskading, på tross av at selvskading oppfattes som relativt vanlig. En grunn for dette er at forskningsfeltet rundt selvskade er relativt nytt. Et sentralt problem innenfor forskningsfeltet om selvskading, er at begrepet selvskading, rommer så mangt.

Alvorlighetsgraden av selvskade er ulik og forekommer med og uten suicidal hensikt. Noen skader seg ofte, andre gjør det en gang. Selvskading innebærer videre ulike handlinger, som kutting og risping. Noen brenner seg, biter eller slår seg selv. Andre svelger ufordøyerlige stoffer, som for eksempel glass eller de tar overdoser (Lunde & Hem 2009)

Å finne en hensiktsmessig og dekkende definisjon på selvskading kan være utfordrende. Denne studien tar utgangspunkt i sykepleierens erfaringer med selvskading, og hva som kan oppleves som belastende i dette arbeidet. Akuttpostene hvor informantene er rekruttert fra har erfaringer med alle de overfor nevnte typene selvskading. Denne studien inkluderer derfor ulike grader og former av selvskade.

En dekkende definisjon av selvskading kan være slik:

”Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerter uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt” (Thoresen 2006 i Øverland 2006:17).

En dekkende definisjon av villet egenskade kan være slik:

Dette er betegnelsen på en handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand (Ystegaard et al. 2003 i Sommerfeldt & Skårderud 2009:2).

Den amerikanske psykiateren Favazza har forsøkt å utvikle et forslag til diagnostiske kriterier for «selvskadingssyndrom» for DSM IV. I Favazzas (1992) omtaler selvskading som en direkte og indirekte ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmords intensjon, og inkluderer ikke selvmordsforsøk eller ikke-direkte selvskadingsmetoder. Kriteriene utformet av Favazza ble imidlertid ikke akseptert som utgangspunkt for at selvskading skulle være en egen diagnose eller lidelse i DSM IV. Tematikken er imidlertid fortsatt svært aktuell, og det arbeides med å fremme forslag til nye diagnoser innenfor selvskadingsproblematikken (Sommerfeldt & Skårderud 2009). Jeg nevner her for ordens skyld at jeg velger å bruke selvskading som begrep i denne oppgaven, og kommer ikke til å skille mellom selvskading og villet egenskade. Det er imidlertid vesentlig for meg å fremheve at definisjonen til *villet egenskade*, favner

bredere og på denne måten passer bedre som definisjon. Selvskade er imidlertid det begrepet jeg er fortrolig med og som jeg opplever er vanlig i den kliniske praksis. I litteraturen fremheves det at selv om man kan skille mellom ulike typer av destruktiv adferd, er det viktig å få med seg at vi ikke like lett kan skille mellom selvskadere og selvmordsforsøkere, da forskning viser at personer som selvskader ofte også har gjort forsøk på suicid (Mehlum & Holseth 2009).

Selv mord er et problematisk tema som knyttes opp til selvskading. Personer som skader seg selv er en gruppe som er mer utsatt for suicid. Unge som skader seg selv flere ganger uten å få hjelp, har en forhøyet risiko for suicid (Hawton *et al.* 1999). Det ligger videre kliniske utfordringer i å vurdere tilstedeværelse og grad av selvmords intensjon hos denne pasientgruppen. Dette fordi personen som skader seg selv, kan være impulspreget eller ha stor ambivalens (Wagner, Wong & Jobes, 2002, Gratz, 2003). Slik det beskrives overfor er det vanskeligheter med å finne en brukbar definisjon på selvskading. Den samme utfordringen gjelder også for en definisjon av selvmord. For å skille selvskade fra selvmord, tas det for ordens skyld med en definisjon på selvmord. En presis definisjon kan være slik:

«Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelige», eller «Selvmord er villet egenskade som fører til døden» (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum 2002 i Øverland 2006:18).

Forskning rundt selvmord har i Norge vært intensivert i de siste årene. Dette har blant annet ført til opprettelsen av nasjonale og regionale kompetansesentre. Den økte kunnskapen om sammenhengen mellom selvmord og psykisk helse kan ha ført til at selvmordstallene nå er synkende (Øverland 2006). I følge Favezza (1992) er det imidlertid nødvendig med en grunnleggende forståelse av at selvmord har som intensjon å gjøre ende på enhver følelse, mens selvskading er et forsøk på å føle seg bedre.

1.1.3 Selvskading og mellommenneskelige forhold.

Selvskading er en skambelagt handling, og mange barn og ungdom selvskader uten at voksne vet om det eller er i stand til å oppdage det. Selvskading foretas ofte i det skjulte, men kan imidlertid også brukes som et kommunikasjonsmiddel. Øverland (2006) fremhever at skam er en sterk affekt, og at den kan overskygge andre følelser i

intensitet. Dette kan videre forhindre ethvert forsøk på kontakt, som igjen kan forringe effekten av behandling.

Øverland (2006) fremhever at det å reagere sterkt på at unge mennesker selvskading, er en naturlig reaksjon på andres smerte. Det å se at andre har det vondt er vanskelig, og kan gjøre at hjelper blir for overfokuset på såret enn på den psykiske smerten som ligger forut for selvskadingen. Det å overfokusere på såret kan enten føre til en hjelpeadferd i tilknytning til sårstell og stripsing, eller det kan bringe fram avsky og avvisning hos hjelperen. Begge delene er ikke fremmede for en god hjelperelasjon, og kan hemme psykologiske behandlingen. Hjelperen på den andre siden bli for handlingsorientert, og hjelperen vil da føle et sterkt behov for å «gjøre noe». Slike handlinger kan være å hjelpe med noe praktisk eller å ordne noe for pasienten. I slike tilfeller kan hjelperen være villig til å strekke seg langt i å «ordne» ting for pasienten. Det kan virke som at det er en indre kraft i hjelperen til å kompensere for den psykologiske maktesløsheten med en slik type praktisk hjelp. Overfokusering på sår kan være et symptom på at hjelperen opplever det som vanskelig å ikke kunne være til mer hjelp og nytte for pasienten.

Vikarierende traumatisering.

Arbeid med traumatiserte mennesker kan være belastende, særlig når hjelpen ikke synes å nytte. Det å arbeide med selvmordsnære pasienter, kan slik litteraturen beskriver det, innebære at behandler kjenner på angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighet og følelse av hjelpeløshet (Jørstad, 1999). Lund (2006) fremhever i denne sammenhengen at dette ikke er nytt eller overraskende for de som arbeider med unge mennesker som selvskader, men hevder imidlertid at omfanget og alvorlighetsgraden i belastningene kan synes å være undervurdert. Øverland (2006) viser til Figley (1995) som hevder at behandlere ofte hadde symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse og at pårørende og hjelper har lignende symptomer som dem de sto nær. Denne reaksjonen er ifølge Lund (2006) betegnet som sekundær eller vikarierende traumatisering. Det å høre detaljerte beskrivelser av overgrep og traumer kan endre hjelperen, både privat og profesjonelt, og kan gi seg utslag i tre typer reaksjoner og etterreaksjoner hos behandleren: For det første kan hjelperen oppleve lignende fysiske og psykiske reaksjoner som pasienten selv. Vikarierende traumatisering, kan videre påvirke hjelperens generelle holdning. Dette kan for eksempel innebære at opplevelsen av at mennesker ikke er til å stole på. Den tredje reaksjonen på vikarierende traumatisering,

kan være at hjelperen blir tiltakende mentalt og følelsesmessig distansert overfor andre i sitt privatliv, eller at de blir overinvolvert i sitt profesjonelle virke (Lund, 2006).

Utgangspunktet for vikarierende traumatisering er ifølge Øverland (2006) hjelperens empati. Empati er en forutsetning for å hjelpe den selvskadende pasienten, men dersom hjelperen ikke er oppmerksom på egne ubehagelige opplevelser, kan hjelperen oppleve økt belastning, både i behandling og ellers.

Overføring og motoverføring.

Overføring og motoverføring er begreper innen psykoanalytisk og psykodynamisk teori og metode, og er dekkende for prosesser som oppstår i hjelperelasjon. Øverland (2006) viser til Jørstad (1999), Dahl *et al.* (2001) som beskriver *overføring* slik; «...vi overfører våre følelser, holdninger og reaksjonsmønstre som vi hadde til viktige personer i barndommen til aktuelle personer i vårt senere liv» (Øverland 2006:105). Dette fenomenet foregår uten bevissthet for pasienten, og kan oppleves svært intenst. Det er viktig at behandler er klar over dette fenomenet, da overføringer kan bestå av både intens kjærlighet og hat. Selvmordsnære pasienter kan ha forventninger, og stille urealistiske krav, eller kan reagere med krenkelse, da de kan oppleve seg avvist. For å møte overføring på en hensiktsmessig og terapeutisk måte, er det i første omgang viktig at behandler forstår at det er en overføring (Øverland, 2006).

Urnes & Karterud (2001) viser til Freuds som beskriver motoverføring som terapeutens reaksjoner både bevisste og ubevisste på pasientens overføring til terapeuten. Alle mennesker er preget av sine tidlige relasjoner og opplevelser, og disse kan komme til uttrykk i særlig emosjonelle temaer eller i terapeutiske relasjoner. Dette er kjernen i en motoverføringsreaksjon. Motoverføringer kan påvirke en hel avdeling, og kan føre til konkurranseforhold og splitting (Karterud & Urnes 2001). Jørstad (1999) hevder at splitting kan føre til et konkurranse mellom behandlere om for eksempel, hvem som er den mest empatiske behandleren, og på denne måten blir splittet i grupperinger. Splitting kan videre føre til at grupperingene bli inndelt i «de slemme» og «de snille» i behandlingsmiljøet. I denne forbindelse er det sentralt å nevne at dette er beskrevet som kjennetegn ved behandling av pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (Karterud & Urnes 2001).

Det er svært viktig å oppdage overførings- og motoverføringsreaksjoner i en institusjonsavdeling, for å unngå splitting. For å unngå motoverføring er klare roller og ansvar i avdelingen svært viktig (Ibid 2001).

Karterud, Wilberg & Urnes (2010) fremhever at motoverføringsreaksjoner ofte står i veien for å klare å forholde seg empatisk og lyttende til hva pasientens egen forståelse og opplevelse. Karterud *et al* (2010) viser til Mehlum & Holseth (2009) og Urnes (2009) som fremhever at emosjonell dysregulering, tilknytningstraumer og lite respektfull og bekreftende emosjonelle reaksjoner i tilknytningsrelasjoner, er sentrale faktorer ved selvskading. Det å evne å forholde seg empatisk til denne pasientgruppen, er derfor svært viktig. Det å kunne forstå hvilken funksjon selvskadingen har for disse pasientene er derfor vesentlig.

Selvskadingsproblematikk kan i mange behandlingsmiljøer oppfattes som provoserende og utfordrende. Årsaken til at selvskading oppfattes på denne måten er antakelig flere, men en av grunnene kan være at adferden er vanskelig å forstå.

Selvskadingsadferd aktiverer ofte følelser i omgivelsene, og kan videre fremstå som meningsløs. Det er av denne grunnen ikke uvanlig at selvskadingsadferden kan tolkes som manipulerende. Da adferdens funksjon ligger på det mellommenneskelige plan, og at den brukes for å påvirke andre oppleves dette utfordrende for omgivelsene. Denne adferden kan for eksempel forstås som en måte å vise at man har det vanskelig og er hjelpetrengende. Selvskadingen forstås da som en form for adferd som har som mål å oppnå oppmerksomhet fra sine omgivelser (Moen, 2004).

Øverland (2006) fremhever at felles for dem som arbeider med selvskadende pasienter er opplevelsen av maktesløshet og de streke reaksjoner det gir de som forsøker å hjelpe. Ulik forståelse av behandlingsformer og teori, kompliserer forholdene ytterligere. Motstridende synspunkter og til dels ulike behandlingsformer for hvordan man skal møte personer som skader seg selv, er naturlig. Dette er vanlig og ikke spesielt ved selvskading, men typisk ved alle kompliserte tilstander og fenomener (Øverland, 2006). Det finner imidlertid noen faktorer som de fleste behandlere kan enes om. Disse kan oppsummeres på følgende vis:

- Pasienter med selvskading er en svært vanskelig pasientgruppe å behandle, og behandlingen må derfor ta utgangspunkt i en sikker relasjon.
- Selvskadingen vil ofte fortsette parallelt med adekvat behandling.
- Hjelperne bør rose pasienten for å klare å utsette selvskadingen framfor å kritisere når det skjer.
- Pasienten bør møtes på en nøytral og respektfull måte ved syng.

- Selvmordsvurderinger må foretas noen ganger selv om selvskading sjelden er selvmordsmotivert.
- Ingen medikamenter har vist sikker effekt som behandling mot selvskading.
- Det er viktig å unngå maktkamper. (Øverland 2006:200-201).

1.1.4 Selvskading, psykiske lidelser og fenomener.

Selvskading ble tidligere forstått og forbundet med alvorlig psykisk sykdom.

Selvskading forekommer fremdeles hos denne pasientpopulasjonen, men ikke bare der (Øverland, 2006).

CASE-studien (Child and Adolscnt Self Harm in Europe) var en omfattende undersøkelse av villet egenskade i Europa, der også Norge deltok. Hovedfunnene i denne store epidemiologiske undersøkelse, var at selvskading forekommer i en overraskende stor del av normalpopulasjonen. Dette vil si at selvskading forekommer hos mennesker som ikke har noen psykisk lidelse, eller som ikke har fått sin psykiske lidelse diagnostisert (Øverland, 2006). Det er imidlertid, i denne sammenhengen, viktig å skille mellom psykisk lidelse og psykiske vanskeligheter. Det er nærliggende å tenke at alle mennesker, iallfall i perioder, kan ha trekk som finnes i kriteriene for ulike psykiske lidelser. For å oppfylle kravene til en psykisk lidelse, må imidlertid tre forhold være tilstede. Disse er som følger; adferd eller tanker må være mer alvorlig enn i gjennomsnittet av befolkningen, adferden må medføre vesentlig funksjonsnedsettelse og til sist, at personen opplever sterk lidelse (Øverland 2006).

Det kliniske bildet hos pasienter med selvskadingsproblematikk viser imidlertid at de ofte har bakenforliggende psykiske lidelser eller samtidige psykiske lidelser (Marra, 2005).

Walsh & Rosen (1988) hevder og at det finnes mange beskrivelser av hvor vanskelig det er for helsepersonell å forholde seg til selvskading og hvordan disse bør forholde seg til pasienter med selvskading og gjentatte selvmordsforsøk. Gabbard & Wilkinson (1996) hevder at pasienter med selvskadingsproblematikk i litteraturen ofte blir beskrevet som kravstor og manipulerende, og beskriver hvordan helsepersonell bør forholde seg til disse pasientene uten å miste kontroll over behandlingen. Linehan (1993), Gabbard & Wilkinson (1996) sier at hos voksne er problemet også forbundet

med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, som er en diagnose med tilsvarende negative konnotasjoner. Walsh & Rosen (1988,) Levenkron (1998), Favazza (1990) hevder at selvskading med et slikt negativt fokus raskt kan få fram antiterapeutiske reaksjoner hos hjelpere. Frustrasjon over å ikke klare å hjelpe pasienten, kan i slike tilfeller være fremtredende

I følge teori forekommer personlighetsforstyrrelse hos rundt 10 prosent av befolkningen. Personlighetsforstyrrelse defineres som vedvarende og uhensiktsmessige mønster innenfor minst to av følgende områder: kognisjon (måter å oppfatte og forstå seg selv, andre og hendelser på), emosjonalitet (omfang, intensitet, labilitet og hensiktsmessighet av følelsesreaksjoner) og til sist, problemer med mellommenneskelig fungering og impuls kontroll (DSM IV, 4 utg.).

Narud, Mykletun & Dahl (2005) hevder at forekomsten av personlighetsforstyrrelse trolig er rundt 50 prosent blant pasienter som søker behandling på distrikts psykiatriske senter i Norge. Av disse har rundt 20 prosent engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse og 10 prosent har ustabil personlighetsforstyrrelse. Bare emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har selvskading som et av de diagnostiske kriteriene, men selvskading er her slått sammen med suicidal adferd. Det er imidlertid viktig å få med seg at pasienter med andre personlighetsforstyrrelser kan på grunn av betydelig komorbiditet, ha ustabile personlighetstrekk. Dette kan inkludere selvskading og suicidalitet (Urnes, 2009). Karterud, Wilberg & Urnes (2010) fremhever at alle typer av personlighetsforstyrrelser innebærer økt risiko for suicid. Suicidvurderinger må ta hensyn til både personlighetsmessige risikofaktorer, komorbide lidelser, spesielt ved affektive lidelser og rusmisbruk. Videre må bland annet aktuelle livshendelser, nettverk, eventuell historikk om misbruk, overgrep, mobbing og mangelfull emosjonell kontakt med tilknytningspersoner vurderes.

Zanarini et al. 2008 hevder ifølge Urnes(2009), i en studie bestående av 290 pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, innlagt i en døgninstitusjon, at hele 70 prosent hadde multiple selvskadingsepisoder (uten suicidal hensikt). Dette til sammenligning med pasienter med andre typer personlighetsforstyrrelse som kun rapporterte 20 prosent selvskadingsepisoder (Ibid, 2009).

Øverland refererer til Zlotnick, Mattia & Zimmermann (1999), Kirkenegen (2000), Favazza & Rosenthal (1993), som viser til undersøkelser som viser at selvskading ofte forekommer ved dissosiative lidelser, depresjon, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser preget av impulsiv aggressivitet.

Zlotnick fant, ifølge Øverland (2006) en klar sammenheng mellom selvskading og dissociative lidelser.

Favezza (1996), Linehan (1988), Kåver og Nilsonne (2002) fremhever ifølge Øverland (2006) at det videre er sett en sammenheng mellom emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskading. Personer med borderline personlighetsforstyrrelse, som er en av to undergrupper under diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, har lenge vært «beryktet» innenfor behandlingsapparatet for sin kroniske selvmordsatferd, sin selvskading og det som behandlingsapparatet opplever som manipulerende. Pasientene med denne diagnosen har blitt sett på som kronisk vanskelige, og prognosene har blitt sett på som dårlige. Øverland (2006) viser til Nilsonne og Nilsonne (2002), som hevder at dette synet er sterkt overdrevet. Kåver og Nilsonne (2002) forstår ifølge Øverland (2006) diagnosen heller som et uttrykk for en kronisk posttraumatisk stressreaksjon, og det blir i denne sammenhengen viktig å forstå selvskadingen som en reaksjon på alvorlig traume. Dette sammenfaller for øvrig med at mange som skader seg selv, har vært utsatt for tap, traume, omsorgssvikt og overgrep, og at selvskadingen derfor i noen tilfeller kan forstås som et forsvar mot ubehagelige følelser og retraumatisering (Øverland, 2006).

1.1.5 Akuttpsykiatri

I norsk helsevesen er akuttposter lovpålagt en øyeblikkelig hjelp-funksjon som innebærer å ta imot, vurdere og behandle pasienter med akutt behov for spesialisert kompetanse innen psykiatri (Hummelvoll, 2003). Innen det psykiatriske helsetjenestetilbudet er det kun akuttposter som tar imot pasienter i ulike krisetilstander av psykiatrisk, rusrelatert og sosial karakter (Berg, Eikeseth, Johnsen, & Restan, 2007). Det å skulle serve forventninger fra befolkningen, samt behov for innleggelse av pasienter med øyeblikkelige behov fra førstelinjetjenesten, genererer derfor et stort press på akuttpostene (Ibid, 2007). Mange av pasientene som henvises til tvungen behandling, konverteres til frivillig paragraf etter paragrafvurdering. Dette medfører at akuttpostene er strengt regulert av helselovgivning (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006). Psykisk helsevern omfatter tjenester som utøves av spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av menneskers psykiske helse. Intensjonen bak denne loven er å sikre at pasienten får behandling og nødvendig omsorg, slik at liv og helse kan ivaretas selv i de perioder der vedkommende er ute av stand til å kunne vurdere egen tilstand på adekvat

måte. Betingelser for å kunne utføre observasjon og behandling uten pasientens samtykke er et viktig område i psykisk helsevernloven (Ilnér, 2012). Frivillig behandling skal alltid prioriteres fremfor bruk av tvang hvis dette er forsvarlig og mulig, ut fra pasientens tilstand og evne til å fatte viktige avgjørelser. Samtykkekompetanse er derfor et viktig vilkår i loven. Nærmeste pårørende kan i denne sammenhengen også ha rett til å uttale seg om hensiktsmessigheten i et eventuelt frivillig tiltak overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og som ikke motsetter seg behandling (Ibid 2012). Akuttpsykiatriske sengeposter er en del av behandlingstilbudet i psykisk helsevern i Norge. Avdelingene som er brukt i dette studiet tar imot pasienter over 18 år, som enten er innlagt på frivillig paragraf, eller innlagt på tvangsparagraf.

Alvorlig sinnslidelse med minst ett av to tilleggskriterier er vilkårene for å kunne benytte *tvunget psykisk helsevern*. Tilleggskriteriene er 1) *utsikt til bedring* blir *betydelig redusert* eller *vesentlig forverring* kan ventes *uten vern* (behandlingskriterie), og 2) pasienten utgjør en *alvorlig fare* for sitt eget eller andres liv og helse (farlighetskriteriet) (Ilnér, 2012).

Ved akutte psykiske tilstander er ofte både situasjon og sykdomsbildet sammensatt, og kan være utfordrende og komplisert. Ansatte på psykiatriske akuttavdelinger bør være handlekraftige, omsorgsfulle og bestemte. Orden, oversiktlige lokaler, gode alarmsystemer, gode skjermingsmuligheter og forutsigbarhet er viktige forutsetninger for å kunne gjøre en god jobb. Sikkerheten er svært viktig for å gjøre det trygt, både for pasienten og personalet (Ibid 2012).

1.1.6 Studiens hensikt og foreløpig problemstilling.

Hensikten med studien er å sette fokus på sykepleierens egen erfaring og opplevelse av å jobbe med selvskadende pasienter. Det fremkommer i litteraturen at det å jobbe med denne problematikken oppleves som belastende og utfordrende. Et mål med denne studien er om mulig å finne mer ut hva disse belastningen kan innebære for sykepleieren og om mulig finne mer ut av hvorfor det oppleves slik. Det å få mer kunnskap på området er av verdi både for sykepleiere og helsepersonell for øvrig, og ikke minst vil økt kunnskap på området komme pasienten til gode. Det fremkommer i litteraturen at forskningsfeltet langt fra fremstår som enig og unisont, (Sommerfeldt & Skårderud 2009. Øverland 2006) og dette kan medføre negative ringvirkninger i systemet, i form av usikkerhet og utrygghet blant helsepersonell om hvordan man forstår og møter denne

problematikken. Det har ikke vært hensiktsmessig i denne studien å utelukke suicidalitetsaspektet ved selvskading, selv om det mulig hadde forenklet både analyse og drøfting. Forskers valg er imidlertid gjort på bakgrunn av tanken om at det i denne oppgaven ikke har vært hensiktsmessig å snakke om selvskading uten også å inkludere suicidalitetsaspektet.

1.2 Tidligere forskning

Forskning rundt temaet selvskading har gjennom de siste tiårene hatt en stor utvikling, og det er publisert en rekke studier og bøker om temaet. Interessen for omfang og årsak av selvskading har også vært økende, og det er også forsket noe på hvordan selvskading oppleves for de berørte partene. Det har videre blitt rettet oppmerksomhet mot ulike behandlingsmetoder, som kan ha effekt på selvskading.

Forskningsfeltet oppleves imidlertid som sprikende, idet selvskading ikke er en diagnose, og mye litteratur gjenspeiler nettopp diskusjoner om hva selvskading er. Det er imidlertid en viss evidens for at fenomenet øker i omfang, og at det er et presserende behov for mer forskning, og større forståelse på området.

Min interesse for denne oppgaven har vært forskning om hvilke belastninger sykepleiere opplever i sitt arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk.

Fagartiklene/studiene som vedrører temaet i masteroppgaven er funnet ut fra følgende søkespørsmål: Hvilke belastninger opplever sykepleiere i arbeidet med pasienter med selvskadingsproblematikk?

For å finne fram til eksisterende forskning til denne oppgaven, har jeg benyttet ulike databaser for forskning (PubMed og SweMed+).

Jeg har i hovedsak søk etter empiriske studier. Også søk på litteraturstudier og artikler ble gjort. Søk ble gjort med engelske søkeord. Søkeordene jeg har benyttet er:

«Interpersonal relation», «self harm», «self injury», «psychiatric nursing», «nurses experiences», «burden», og «qualitativ method». Jeg har brukt søkeordene enkeltstående og i kombinasjon.

Øvrige artikler og litteratur har jeg funnet via søk på biblioteket, pensumlister fra masterstudiet og annen litteratur som har vært kjent for meg fra før.

1.2.1. Erfaringer med pasienter som selvskader

I en studie gjort av Wilstrand C., Lindgren B.-M., Gilje CF. & Olofsson B. (2007) fremheves det at selvskading tematiseres i for sjelden grad i psykiatrisk sykepleieforskning. Forskningsspørsmålet i denne studien var «Hva er sykepleierens beskrivelse av erfaringer med psykiatriske pasienter som selvskader». Studien hadde en kvalitativ design, og seks sykepleiere ble intervjuet. To temaer og syv sub-temaer ble konstruert. Temaet «Å være tynget av følelser», inkluderte følgende sub-temaer: Redsel for pasientens livs-bergende tiltak, Å føle seg overveldet av frustrasjon, og Å føle seg forlatt av kollegaer og ledelse. Temaet «Balanse av den profesjonelle grense», involverte disse sub-temaene: Opprettholdelse av profesjonelle grenser mellom seg selv og pasient, Håndtering av egne følelser, Å føle seg bekreftet av kollegaer, og Forestilling om bedre måter å gi omsorg på. Av spesiell betydning fremkommer det at sykepleierens følelse av frykt, frustrasjon og følelsen av å være forlatt, førte til belastninger i form av å være tynget. Studien peker på viktigheten av å frigjøre sykepleieren fra disse byrdene, ikke bare for sykepleierens skyld, men også for å bedre behandlingen for pasientene. Det foreslås at økt kunnskap om tematikken, samt støtte til sykepleierne bør adresseres i større grad i forskning, utdanning og i utvikling av praksis. (Wilstrand, Lindgren, Gilje & Oloffson, 2007).

I en norsk studie fra 2012 er studiens mål å utforske hvordan helsepersonell tenker, føler og handler i møte med selvskadende pasienter. Mattson & Binder intervjuet åtte helsearbeidere som hadde jobbet med selvskadende pasienter i en «sikret avdeling» ved et sykehus i Norge. Fire temaer ble utformet i analysen. 1. «Før»: Opplevelse av frustrasjonen ved bruk av tvangsstrategier. 2. «Forandringen»: Fra tvang til allianse. 3. «Nå»: Erfaringer med å bruke nyttige måter å jobbe med selvskading. 4. Tynn linje mellom liv og død: suicidforsøk eller selvskade?

Denne studien beskriver hvordan endringer i behandlingsopplegget fører fram til bedre måter å jobbe med selvskading. I «før»-stadiet beskrives det hvordan personalet forsøker å forhindre selvskading, ved å benytte vanlige tiltak som for eksempel holdninger, isolasjon, skjerming, fjerning av farlige gjenstander fra miljøet/rommet, og bruke av mekaniske tvangsmidler. Dette medførte at personalet ofte følte på slitenhet over de krevende situasjonene dette førte til, og at de ikke fikk tid til å drive terapeutisk

arbeid. I endrings-fasen beskrives det at en kombinasjon av den subjektive følelsen av slitenhet, og følelsen av å ikke oppnå det ønskede resultat ved å bruke tvang, førte til endringer i behandlingen. Endringene medførte en allianse- basert strategi. Studien gir et innsiktsfullt bidrag til å fremme endring i holdninger og tenkemåte overfor arbeid med selvskading (Mattson & Binder, 2013).

Studien fremhever at kvantitative studier som er gjort, undersøker holdninger til helsearbeidere som arbeider med selvskadende pasienter. Disse har kommet frem til resultater som indikerer at både adferden til pasienten og pasienten, kan være vanskelig å jobbe med. Det pekes på at vanskelige følelser kan oppstå hos helsearbeidere, slik som bekymring, følelse av udugelighet og usikkerhet overfor hvordan man skal behandle denne pasientgruppen (Friedman et al. 2006), samt sinne overfor pasienten og følelsen av at pasienten manipulerer personalet, hvis pasienten blir stilt til ansvar for sine handlinger (Mattson & Binder, 2013).

I en litteraturstudie gjennomført av Mchale & Felton(2010) utforskes holdninger til helsepersonell som jobber i både medisinsk- og psykiatriske avdelinger, overfor pasienter som skader seg selv. Studien undersøker også pasienters opplevelse av pleie. Etter en tematisk analyse av litteraturen, fremkom seks nøkkelområder, som bidro til utviklingen av holdninger, definert som positive eller negative overfor personer som selvskadet. Negative holdninger blant helsepersonell og erfaringer med pleie, ble assosiert med mangel på utdanning og øving. Avdelingens kultur, grad av innflytelse og forskjeller i tolkning av roller, hadde også innvirkning på helsepersonells negative holdninger. Likeledes hadde helsepersonells syn på selvskading innvirkning på negative holdninger overfor pasienter som selvskader. Positive holdninger blant helsepersonell ble forbundet med større forståelse av erfaringer med selvskading, samt forbedringer i trening. Studien viser for øvrig at det er behov for signifikante forbedringer i holdningsarbeidet blant helsepersonell, for å sikre at pasienten mottar god behandling.

I artikkelen skrevet av Weight & Kendal (2012) løftes negative holdninger blant noen sykepleiere overfor pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse fram. Artikkelen diskuterer underliggende faktorer som kan være medvirkende til slike negative holdningene. Disse faktorene kan være stigmatiseringer knyttet opp til diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, sammenhengen mellom denne diagnosen og selvskading, en oppfatning om at pasienter er manipulerende, samt

mangel på optimisme omkring bedringspotensialet for denne pasientgruppen. Forfatterne fremhever at stort arbeidspress, mangel på kommunikative ferdigheter og tidspress kan være medvirkende faktorer for at noen sykepleiere viser dårlige holdninger overfor denne pasientgruppen. Det foreslås fra forfatterne flere måter å forbedre disse holdningene på, via mer undervisning om diagnosen, økt støtte fra ledelsen til sykepleierne, samt mer tid til forbedringer av kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og andre.

1.3 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det er sammenheng mellom vitenskapsteoretisk posisjon og forskningsvirksomhet. Disse bør følge hverandre når det kommer til metodologi, metode og gjennomføring. Metodologi refererer til et grunnleggende epistemologisk nivå. Her dreier det seg om å knytte forbindelse til grunnleggende spørsmål om forholdet mellom teori og empiri, og hvordan man kan oppnå gyldig viten. Videre er det vesentlig å forholde seg til hva vitenskapelig viten egentlig er (Thornquist, 2003). Det er et stort skille mellom ulike forskningstradisjoner, og dette kommer av ulike vitenskapstradisjoner, slik som den positivistiske tradisjonen på den ene siden, og den hermeneutiske vitenskapen på den andre siden (Ibid 2003).

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning, tekstlig materiale fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale omfatter disse metodene. Utforskning av meningsinnhold i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte innenfor sin naturlige sammenheng, er målsettingen (Malterud, 2013).

Denne studien er inspirert av en fenomenologisk tilnærming til problemstillingen. Dette betyr at jeg i mitt forskningsspørsmål er ute etter å få vite mer om hvilke belastninger sykepleiere opplever i sitt arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk. Jeg ønsker på denne måten at deres subjektive mening og forståelse av fenomenet skal bringe fram beskrivelser om deres opplevelse av hvordan dette oppleves. Bengtsson (2006) fremhever at fenomenologien brukes som perspektiv når fokuset er deltakerens egne erfaringer. Dette gjelder spesielt innenfor helsefaglig forskning. Fenomenologiens begreper innenfor kvalitativ forskning søker å forstå menneskelig virksomhet,

menneskers opplevelser- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser, og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper. Økt forståelse av særtrekk, mønster og sammenhenger på det aktuelle forskningsfeltet er et ønske av slik forskning (Thornquist, 2003).

Fenomenologi har ifølge Thornquist utviklet seg til å bli en hovedstrømning innen vår tids filosofi, og omtales også som læren om det som kommer til syne og viser seg. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares *for* subjektet. Skårderud henviser i boka «Kroppstanker» til Engelsrud som sier at fenomenologene er opptatt av at selve fenomenet skal komme til uttrykk på egne premisser. Det er snakk om

å gå tilbake til ”saken selv”, for å forsøke å nærme seg den stumme erfaringen, og bringe den til uttrykk (Skårderud, 1998).

Den tyske filosofen, Husserl regnes for å være grunnleggeren av den fenomenologiske retningen, og var særlig opptatt av å formidle hvordan måten fenomener er gitt for vår bevissthet. Ifølge Husserl, kjennetegnes vår bevissthet, ved dens rettethet mot noe. I fenomenologisk forstand kalles dette for intensjonalitet. Bevisstheten er alltid intensjonal, da den alltid er bevissthet om noe (Thornquist, 2003).

Et viktig punkt i fenomenologien, er kritikk av tidligere vitenskapsteoretiske tradisjoner, om det skarpe skillet mellom subjekt og objekt, eller det å skille mellom den som erkjenner og det som skal erkjennes. Fenomenologien representerer et brudd med denne dualismen, og Husserl innvender at ingenting kan vise seg, uten at det viser seg *for noen* (Thornquist, 2003)

Livsverden er et annet sentralt begrep innen den fenomenologiske tenkningen. Det er her snakk om den verden vi lever i til daglig, og som vi er fortrolig med. Livsverden dreier seg med andre ord om det dagligdagse og konkrete, og er på sett og vis det meste som vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit (Thornquist, 2003).

Når jeg i denne studien søker å få innblikk i sykepleierens erfaringer og opplevelse av selvskadende pasienter, er det informantenes livsverden som studeres. Gjennom kommunikasjon, samhandling og deltakelse kan jeg ifølge Bengtsson (2006) få tilgang til den andres livsverden. Det er bland annet gjennom det språklige uttrykket at jeg kan få tilgang til den andres livsverden. Gjennom det språklige uttrykket kan den andre gi uttrykk for sine personlige erfaringer, og kan på denne måten skape en bro mellom min egen og sykepleierens opplevelse. Gjennom det å spørre sykepleieren om deres

konkrete erfaring med å arbeide ned selvskadende pasienter, kan jeg få kunnskap om hvilke meninger og sammenhenger de tillegger sine erfaringer, og kan på denne måten få innblikk i hvilke utfordringer de opplever (Karlsson i Bengtsson, 2006).

En viktig tilknytning til begrepet livsverden er imidlertid tanken om at det å studere menneskelige erfaringer krever en fortolkningsprosess fra forskerens side. Polit & Beck (2012) hevder at det ikke er mulig å ha direkte tilgang til en annen persons livsverden. Hermeneutikken, også kalt fortolkende fenomenologi har som mål å gå inn i den andres verden å oppdage den visdom, muligheter og forståelse som finnes der. Som forsker vil jeg ikke fult ut kunne få tilgang til deres livsverden, og at jeg derfor baserer min forskning på *fortolkninger* av deres livsverden

Hermeneutikk omtales ofte som fortolkningslære. Det man beskjeftiger seg med her er spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Fokus og gjenstandsfeltet i hermeneutikken har endret seg over tid, fra det opprinnelige gjenstandsfeltet som omhandlet religiøse og juridiske tekster, til alle slags skriftlige produkter, og videre til også å inkludere ulike former for meningsfulle uttrykk, som for eksempel kunst, arkitektur, sosiale institusjoner og menneskelig handling og samhandling. Hovedfokus for hermeneutikken var opprinnelig å tilegne seg den *opprinnelige meningen* (Thornquist, 2003).

1.3.1 Kari Martinsens perspektiv på omsorg

Kari Martinsen presenteres fordi henne perspektiv på omsorg brukes for å belyse noe av elementene som drøftes senere i oppgaven. Hennes perspektiv vil benyttes på lik linje med annen teori i oppgaven for å tolke og analysere datamaterialet.

Kari Martinsen tar i sitt arbeid avstand fra og retter en skarp kritikk mot den «positivistiske» virkelighets- og kunnskapssynet. Hun mener dette kunnskapssynet preger samfunnet generelt og sykepleievitenskapen spesielt. Kari Martinsens omsorgsteori representerer en alternativ forståelse av sykepleiefaget og av sykepleiens kunnskapsgrunnlag. Denne teori bygger på Løgstups filosofi, samt på de fenomenologiske filosofene Husserl og Lipps (Kirkevold, 2001).

Kari Martinsen er fenomenolog, og forankrer sitt syn på sykepleie i fenomenologien. Hun vektlegger praktisk og erfaringsbaser kunnskap i sin teori. Svært sentralt i Kari Martinsens (2003) teori er begrepet *omsorg*, og hennes beskrivelse av sykepleiefaget er

bygd opp nettopp rundt dette begrepet. Martinsen fremhever at omsorg er et ontologisk fenomen. Med dette mener hun at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengig av hverandre, og dette er omsorgens fundamentale betydning. Særlig tydelig kommer denne avhengigheten til uttrykk ved sykdom, lidelse og funksjonshemming, men er ikke begrenset til slike situasjoner. Omsorgen er ifølge Martinsen et relasjonelt begrep, som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Martinsen fremhever, vider at med utgangspunkt i pasientens avhengighet er og må omsorg være sykepleiens verdigrunnlag (Kirkevold, 2001).

«Begrepet omsorg er beslektet med det tyske ordet «sorgen» som oversettes med «omtenksomhet» eller «å bekymre seg for» eller «å sørge for» (Martinsen 2003:69). Utførelsen av omsorg forutsetter ifølge Martinsen, to parter. En som yter omsorg, og en som mottar omsorg. Når den ene parten lider, vil den andre sørge for å lindre smerten eller sørge sammen med den. Omsorg handler, slik Martinsen ser det om nestekjærlighet, og det å stå hverandre nær. Dette er en grunnleggende forutsetning for alle mennesker.

Martinsens omsorgsteori/filosofi kan beskrives ut fra tre hoveddeler. Disse er som følger; 1. omsorg som relasjonelt begrep, 2. omsorg som praktisk begrep, 3. omsorg som moralsk begrep.

1.3.1.1 Omsorg som relasjonelt begrep

Kari Martinsens teori representerer et kollektivistisk menneskesyn, der avhengighet er et sentralt begrep. Omsorg som relasjonelt begrep handler derfor om at vi står i relasjon til hverandre, med andre ord mellommenneskelige forhold.

Mennesker er, slik Martinsen ser det avhengig av hverandre. Før eller senere vil rollen som omsorgstrengende, berøre oss alle. «Vi kan alle komme i den situasjon at vi kan komme til å ha bruk for hjelp fra andre. Vi bør derfor handle slik at alle kan få samme mulighet til å leve det beste liv de er i stand til» (Martinsen 2003:15). Slik det her fremkommer, handler omsorg om nestekjærlighet, det å ta vare på hverandre, stå hverandre nær, noe som ifølge Martinsen er en grunnleggende forutsetning for alle mennesker og som inngår i alle relasjoner. Mellommenneskelige forhold er preget av gjensidighet, fellesskap og respekt. Forholde mellom pasient og sykepleier blir på denne

måten et subjekt-subjekt forhold. Et viktig aspekt ved Martinsens omsorgsteori er at sykepleier og pasient, sammen skal bære pasientens byrde. Sykepleier må lære seg å tåle pasientens problemer, på tross av at utsikt til bedring ikke er tilstede.

1.3.1.2 Omsorg som praktisk begrep

Sentralt i Martinsens omsorgsbegrep er omsorgens praktiske aspekt. Omsorg utføres i det daglige, og både sykepleier og pasient kjenner denne situasjonen. Pasienten tilstand avgjør i hvor stor grad sykepleier hjelper, og konkret hjelp gis i konkrete situasjoner (Kristoffersen, 1996). Omsorg som praktisk begrep går ut på å utføre praktiske handlinger for et menneske som ikke har ressurser til å mestre dette selv. Lignelse om den barmhjertige samaritan står sentralt i Martinsens beskrivelse av omsorgen som praktisk begrep. Ansvar for den svake er forankret i det praktiske begrepet, og kommer til syne i denne lignelsen. Lignelsen om den barmhjertige samaritan forteller om en som aktivt deltar i den andres lidelse, istedenfor å stå som passiv tilskuer på sidelinjen. Gjennom stiller den barmhjertige samaritan aktivt i den andres lidelse. Hjelpen som gis må utføres på en slik måte at pasienten kan få en opplevelse av anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. Selv idealet i omsorgens praktiske begrep er å delta med praktiske ferdigheter, slik at den likendes situasjon forbedres. Det framkommer også i lignelsen at hjelpen gis uten forventning om gjengjeldelse. Martinsen kaller dette generalisert gjensidighet. Generalisert gjensidighet står i kontrast til sentimental omsorg hvor hjelpen gis fra en omsorgsgiver til en omsorgstaker på grunn av sympati (Kristoffersen, 1996).

1.3.1.3 Omsorg som moralsk begrep

Omsorg som moralsk begrep sier noe om hvordan vi opptrer i en relasjon, gjennom vår praktiske handling, og hvilket innhold vi gir forholdet. Martinsen (2003) hevder at omsorg må læres av en mester gjennom erfaring av og oppdragelse til godhet. Verdien må feste seg hos den enkelte og må brukes på en kritisk måte. Sykepleie som omsorg må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk. Moralsk ansvarlighet maktbruk utøves i overensstemmelse med prinsippet om ansvar for de svake. Solidaritet bygger på engasjement, og ikke på sympati og sentimental omsorg. (Martinsen, 2003). Formålet med en slik tankegang, er å redusere ulikheter mellom mennesker. Det er sentralt i denne sammenhengen å huske at det verken er sympati eller solidaritet som står bak

ønsket om å hjelpe den svake, men empati. Dette poenget er viktig å ha med seg for å finne en god balanse mellom formynderi (handling ut fra egen bedreviten) og respekt for menneskets selvbestemmelse. Når en sykepleiers deltakelse blir for stor, kan det føre til paternalisme. Det er i denne sammenhengen viktig at sykepleieren har en god situasjonsforståelse. Martinsen formulere det slik:

En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekt for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsesynder (Martinsen 2003:16).

Martinsen (2003) fremhever svak paternalisme som det ønskelige i spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme. Sykepleieren må bruke sitt faglige forståelse på en slik måte at den har til hensikt å gagne den enkelte pasient i størst mulig grad.

2.0 ENDELIG PROBLEMSTILLING

2.1.Endelig problemstilling

Denne studien finner sin plass mellom de nevnte studiene, og har som mål og undersøke, og om mulig utdype temaet ytterligere. Det ønskes i denne forbindelse å se nærmere på belastninger som sykepleiere kan oppleve med å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk. Oppgavens endelige problemstilling er som følger:

«På hvilken måte kan sykepleiere oppleve belastninger av å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk i en akuttpsykiatrisk avdeling?»

2.2 Spesifikasjon av problemstilling

For å kunne få svar min problemstilling kunne jeg ha innhentet informasjon på mange ulike måter. Problemstillingen styrer imidlertid metoden, og da denne problemstillingen forfekter en kvalitativ metode falt valget raskt på intervju som metode for å innhente datamateriale.

I utgangspunktet var tanken at jeg skulle intervju ulike yrkesgrupper, da dette representerer den sammensetningen av personer som i realiteten jobber i en akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg har imidlertid valgt å kun intervju sykepleiere. Det å bringe inn ulike yrkesgrupper og ulikt utdanningsnivå kan bringe inn tilleggs-elementer til problemstillingen, som denne studien ikke nødvendigvis har verken tid eller plass til

å ta høyde for. Dette er et lite prosjekt og det er derfor viktig for meg at ikke antallet av informanter blir for stort, eller at forskjellen i informantene i utgangspunktet blir for stor.

3.0 METODE

3.1.Gjennomføringsplan.

For å få svar på min problemstilling må jeg innhente beskrivelser fra personer som jobber tett på selvskadende pasienter. Jeg ønsker å gå i dybden, og søker på denne måten fylldige beskrivelser om hvordan det oppleves for sykepleiere å jobbe med selvskadingsproblematikk. Jeg ønsker på denne måten å undersøke på hvilken måte sykepleieren kan føle seg belastet av å jobbe med selvskadende pasienter. Studien er inspirert av en fenomenologisk tilnærming og det tas utgangspunkt i «systematisk tekstkondensering» ved bearbeiding og analyse av data. Resultatene blir på denne måten informantens egen oppfatning og perspektiv slik de fremkommer i selve intervjuet. Forsøket om å forstå et fenomen, framfor å måle det, er motivet for å velge denne retningen. De kvalitative metodene kjennetegnes ved at undersøkelsene er basert på en intervjuguide, i form av spørsmål rundt de problemområdene som skal avdekkes, og ikke via et tradisjonelt spørreskjema som benyttes ved de kvantitative metodene.

3.2 Datainnsamling

Innenfor kvalitativ forskning er ulike former for intervjuer den mest utbredte formen for datagenerering. Særlig er dybdeintervju er vanlig, men også andre former for intervju, som for eksempel fokusgruppeintervju er vanlig (Tjora, 2012).

Dybdeintervju er en egnet metode der en ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer. Et sentralt mål med dybdeintervju er å skape en situasjon der en fordomsfri samtale kan finne sted. Ved å skape en avslappet stemning, innenfor en romslig tidsramme, er det meningen at informanten får anledning til å reflektere over egne erfaringer, meninger og holdninger, knyttet opp til det aktuelle temaet for forskningen. I dette tilfellet, egne erfaringer knyttet opp til arbeide med selvskadende pasienter. I selve intervjusituasjonen er det viktig å benytte åpne spørsmål, som tillater informanten å gå i dybden, der det er naturlig for dem, og hvor de har mye å fortelle (Ibid 2012).

Kvale poengterer nettopp at det kvalitative intervjuet fortrinn er dets åpenhet. Han fremhever at det ikke finnes noen standardmetode eller regler for en intervjuundersøkelse som er basert på ustandardiserte, kvalitative intervjuer. De ulike stadiene i undersøkelsen, er derimot tuftet på standardiserte metodevalg. Dette kan dreie seg om; hvor mange intervjuer trengs? Skal disse tas opp på bånd? og skal disse transkriberes etterpå? Videre dukker spørsmål om intervjuene skal analyseres og om informanten skal få lese tolkningene (Kvale 2001).

Datamaterialet i denne studien er samlet inn ved hjelp av halvstrukturert kvalitativt intervju. Ved å intervju på denne måten, forsøker man å identifisere hvordan aktøren gir mening til verden rundt seg og hvilke grunner disse gir for å handle slik de gjør. Man vil i denne sammenhengen prøve å forstå eller tolke fenomenene ut fra den meningen sykepleieren gir dem. Ved å bruke denne fremgangsmåten er man i en dialog med personen som studeres, og dette åpner for annen type kunnskap enn det som vil fremkomme i for eksempel en spørreundersøkelse. Vi kan slik Malterud (2013) forteller, lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng, ved selv å inngå i de sammenhenger det gjelder. Den kvalitative tilnærming passer derfor godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, for eksempel samhandling mellom sykepleier og pasient, samt utvikling, bevegelse og helhet. Det går på denne måten i dybden på et smalt felt som man ikke vet mye om fra før. Temaene som fremkommer i intervjuene kan på denne måten følges opp, og problemstillingen kan videre endres underveis. Denne typen intervju kjennetegnes ifølge Ryen (2006) ved at man på forhånd har satt opp noen tema og spørsmål, uten at å fastlegge en detaljert rekkefølge for spørsmålene og formulering av disse. En utfordring ifølge Ryen er at det ikke blir for mye struktur i intervjuet:

Bli det for mye struktur, kan det skje at man ikke fanger opp eller misforstår fenomener som er viktige for respondenten. En fast struktur kan bidra ikke bare til å låse interaksjonen for mye, men også til at man blir mindre oppmerksom ved at intervjuet tenderer mot å bli en relativ mekanisk interaksjon (Ryen 2006:97)

Målet med intervjuet er som nevnt å fange informantens tanker, erfaringer og følelser, og prøve å få tak i sykepleierens livsverden som angår oppgavens tema og som kan bidra til forståelse rundt problemstillingen. Formålet med intervjuguiden er i så måte utarbeidet med spørsmål skal minne om temaet man ønsker data om. Den rikeste

kunnskapen kan man ifølge Malterud (2013) få ved å be informanten fortelle om konkrete hendelser. Intervjuet kan kunne åpne for kunnskap som er forankret i vedkommende livsverden.

3.2.1 Gjennomføring av det kvalitative intervjuet.

Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide. Flere spørsmål ble formulert ferdig i en intervjuguide, men under selve intervjuet varierte jeg spørsmålsstillingen og rekkefølgen. Hensikten med å ha et slikt opplegg, er å ikke avbryte for mye når informanten forteller, men samtidig kunne ha en regi over den informasjonen jeg ønsket å få fram. Et mål ved utarbeidelsen av intervjuguiden var å ikke lage spørsmålene for detaljert, eller å følge denne slavisk under intervjuet.

Da jeg avtalte tidspunkt for selve intervjuet med hver informant, ba jeg alle mine informanter om å på forhånd tenke gjennom en konkret selvskadingsepisode. Denne episoden ønsket jeg at de skulle fortelle om i selve intervjuet, da med vekt på egne følelser i og rundt situasjonen, samt å reflektere litt rundt hvilke belastninger de opplevde i denne situasjonen. Grunnen for en slik forberedelse av informantene, var å forsøke å sanere bort for mye fokus på selve selvskadingen og problemstillinger rundt dette.

Intervjuene ble gjennomført i et eget møterom på sykehuset, og ble lagret på mobiltelefon.

I selve intervjusituasjonen er det ifølge Malterud (2013) viktig å vise sensitivitet og følsomhet. Dette for å skape en god intervjusituasjon og for å skape trygghet og fortrolighet hos informanten. Dette er også avgjørende for å fange opp informasjonen. Spørsmål som ble stilt var for eksempel: Kan du fortelle om en selvskadings situasjon som du har opplevd, som har gjort inntrykk på deg? Hvordan tenkte du og hva tenkte du? For å få mer utfyllende svar forsøkte jeg å oppmuntre informanten til å reflektere over ett tema, og jeg kunne spørre videre med. «kan du si litt mer om det» eller at jeg «hentet «tilbake noe informanten hadde sagt tidligere, og etterspurte mer utbrodering ved å spørre som for eksempel: «du sa tidligere at...kan du fortelle mer om dette» eller «hvordan tenkte du?» Jeg ba også informanten bruke eksempler for å konkretisere hva de mente. Ifølge Malterud (2013) er det slik man bør forsøke å gjennomføre et intervju. Man bør tilstrebe å få intervjuet til å «flyte» ved aktivt å delta med respons, vise forståelse og ved å lytte.

Intervjuene gikk greit, og intervjuene hadde en varighet på rundt 45 minutter. Samtlige informanter var engasjerte og viste interesse for tematikken. Mot slutten av intervjuet fikk informantene anledning til å komme med kommentarer og tilføyelser, hvis de ønsket det.

3.2.2 Datakvalitet: reliabilitet og validitet

«Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet- hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser» (Malterud 2013:181).

I all kunnskapsutvikling handler det om å finne fram til mer eller mindre relevante versjoner av virkeligheten vi ønsker å vite noe mer om. Validering skal derfor klargjøre muligheter og begrensninger ved den spesifikke versjonen vi har samlet oss om (Malterud (2013)). Reliabilitet henspiller vanligvis i forskning på resultatets pålitelighet, mens validiteten peker på om metoden som er brukt, undersøker det den intenderer å undersøke (Postholm, 2005). Normale kriterier på reliabilitet er ifølge Postholm (2005) at resultatet kan reproduseres og gjentas. Innen kvalitativ forskning er imidlertid dette ikke mulig. Innen fenomenologisk forskning er det en fordel at intervjuerens intensitet varierer, da dette kan fremskaffe en bredere og et mer balansert bilde av de temaer som står i fokus (Kvale, 2008)). Det å klare å gjenta en intervju flere ganger på eksakt samme måte, er ikke mulig. Informantene klarer for eksempel ikke å repetere det som ble sagt, da han rett og slett ikke husker hva som ble sagt sist, og fordi vedkommende har fått mer kunnskap etter det første intervjuet. Resultatene kan likevel være reliable eller pålitelig. Det viktige er imidlertid om undersøkelsen er konsekvent og relativt stabil over tid og på tvers av forsker og metoder, og hvor godt analysen forsvarer de fortolkninger som foretas. Det som videre skiller kvalitativ- og kvantitativ forskning er at data ikke omtales som objektive, men som bekreftbare (Postholm, 2005). Validitetsprinsippet handler ifølge Postholm (2005), om fortolkningen av et utsagn er rimelig dokumentert og logisk konsekvent. Når det gjelder intervjuanalysene er validitet et spørsmål om hvor godt kategoriseringen representerer kategorier i menneskelige erfaringer. Fenomenologisk forskning stiller ikke spørsmålet om hvor stor grad av overenstemmelse det er mellom tekst og virkelighet, men om en gruppe erfarne forskere aksepterer resultatene som sannsynlige eller troverdige. Høy validitet (gyldighet) er avhengig av at leseren kan følge med gjennom hele forskningsprosessen. På denne måten kan leseren se hvilke spilleregler forskeren har gjort bruk av i hver fase av

forskningen. Det kan ifølge Malterud (2013) være mer hensiktsmessig å ta for seg overførbarhet framfor generaliserbarhet i fenomenologiske studier. Dette fordi bare unntaksvis kan forskning levere funn som gjelder for alle mennesker i alle samfunn og under enhver historisk betingelse.

3.3 Ethiske vurderinger

Ethiske retningslinjer og prinsipper har en sentral plass når man driver med forskning på mennesker og menneskelig aktivitet. Det å kunne jobbe med personopplysninger underlegger oss bestemte krav fra samfunnet. Ryddig bruk av personopplysninger og etiske overveielser fra forsker er derfor en forutsetning (Dalland, 2007). Thagaard poengterer at ” *all vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske prinsipper som gjelder internt i forskningsmiljøer så vel som i forhold til omgivelsene* ” (Thagaard 1998:23).

Ethiske dilemmaer har en fremtredende plass innen kvalitativ metoder. I studier hvor det er direkte kontakt mellom forsker og informant, eller de som studeres, er det utarbeidet særskilte retningslinjer som definerer dette forholdet (Thagaard, 1998). Tjora påpeker at en viss etisk sans bør ligge til grunn i all forskning. Det bør være klart at aspekter som gjensidig tillitt, konfidensialitet og respekt bør ligge til grunn for slik arbeid (Tjora, 2012).

Helsinkideklarasjonen er en erklæring om etiske prinsipper til leger og andre som utfører medisinsk forskning som omfatter mennesker. Malterud (2013) fremhever at i Helsinkideklarasjonen sies det blant annet «...medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter» (Malterud 2013:201). Med dette forstås at et grunnleggende prinsipp er respekt for enkeltindividet. Enkeltindividet skal settes høyere enn kunnskap, selv om kunnskapen kan komme til nytte.

Denne studien ble på forhånd søkt inn til Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) for godkjenning. Dette da studien innebærer behandling av sensitive personopplysninger, i form av opptak av intervju. Svar om godkjenning av prosjektet kom etter ca. 3 uker (vedlegg 4). Iverksettelsen av rekruttering av informanter ble ikke igangsatt før prosjektet ble godkjent. Det var ikke behov for å søknad til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) for godkjenning, da dette prosjektet ikke

innebærer forskning på pasienter eller at formålet er å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom.

Sentralt i kvalitativ forskning er kravet om informert samtykke. Deltakelsen i prosjektet fikk ved forespørsel om deltakelse tilsendt et informasjonsskriv om selve prosjektet (vedlegg 1). Deltakerne i prosjektet skrev videre under på en informert samtykkeerklæring (vedlegg 2) på forhånd. Det ble videre informert om deres mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen.

Krav om konfidensialitet står også sterkt i et etisk forsvarlig forskningsprosjekt. Dette kravet henspiller på informantens rett til at all informasjon om dem, vil bli behandlet konfidensielt. Respekt for individets råderett over sitt eget liv, er vesentlig i dette prinsippet. Den enkelte skal videre ha råderett over de opplysninger om seg selv, som skal deles med andre. Et samtykke oppfattes som fritt, når det er gitt uten ytre press. At samtykket er informert, henspiller på at informanten er blitt orientert grundig om hva deltakelsen i gjeldende prosjekt innebærer (Thagaard, 1998).

3.4 Informanter

3.4.1 Inklusjonskriterier

Informantene i denne studien er sykepleiere og psykiatrisk sykepleier. I mitt valg av informanter har jeg ikke gjort til et inklusjonskriterium at disse sykepleierne skal ha videreutdanning i psykisk helse/psykiatri. Dette er gjort fordi, det ikke gjøres et skille i arbeidsoppgaver i avdelingen generelt mellom sykepleiere og psykiatriske sykepleiere. Et av inklusjonskriteriene er at disse sykepleierne må jobbe på en akuttpsykiatrisk sengepost. De må videre ha jobbet 4 år eller mer. Grunnen for dette er at jeg ønsker å intervju sykepleiere som har erfaring fra arbeid med selvskadende pasienter og ha kjent på belastninger knyttet til tematikken, over noen år. Videre er det et kriterium at disse sykepleierne må ha jobbet med selvskadende pasienter, innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling. Det er videre ønskelig at disse har opplevd flere selvskadingsepisoder. Dette fordi dette er vesentlig i forhold til problemstillingen.

3.4.2 Utvalg og antall informanter

Utvalget i denne studien er ikke representativt men strategisk. Bakgrunnen for dette er at målet med studien er forståelse og ikke det å generalisere.

«Kvalitative studier bygger sjelden på empiriske data som består av mange enheter. Et rikt og variert strategisk utvalg kan likevel brukes til å utvikle, beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som forteller om kjennetegn og mening, og som i kraft av dette har relevans for sammenhenger ut over den konteksten der studien ble gjennomført» (Sandelowski, i Malterud 2013:59).

Utvalget ble 3 psykiatriske sykepleiere og 1 sykepleier, med mer enn 4 års erfaring med arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk. Informantene var 3 kvinner og 1 mann. Informantene var i aldersgruppen mellom 30-60 år. Av hensyn til rammen av dette prosjektet er kun fire sykepleiere intervjuet.

3.5 Analyse

3.5.1 Transkribering og datainnhenting

Forskningen er gjort på egen arbeidsplass. Sykehuset består av til sammen 3 akuttposter. Disse postene har lik funksjon, men er utformet noe ulikt. Variasjonene består blant annet i forskjeller i bygningsmasse, dvs. utforming av avdeling.

Akuttpostene er imidlertid like store, men har noe ulikheter i forhold til skjermingsplasser.

For å få tak i informanter til studien, sendte jeg ut mail med informasjonsskriv til avdelingslederne/avdelingssykepleierne ved de aktuelle postene. Jeg beskrev prosjektet mitt og ba disse om hjelp til rekruttering av informanter blant sine sykepleiere, ut fra mine inklusjonskriterier. Jeg sa fra om at informantene kunne kontakte meg direkte på mail eller telefon, slik at vi kunne bestemme tidspunkt for intervju. Hver informant fikk et informasjonsskriv (vedlegg 1) og et samtykkeskjema (vedlegg 2) som skulle fylles før selve intervjuet.

Jeg valgte å gjøre et intervju av gangen, og transkriberte hvert intervju etter først å ha hørt gjennom dette noen ganger. Bakgrunnen for å velge denne strategien, var at jeg ønsket å forholde meg til kun et intervju av gangen for å unngå at viktige momenter forsvant på veien. Denne strategien medførte noen utfordringer i forhold til planlegging, slik at jeg fikk nok tid mellom intervjuene til å fullføre transkriberingen. Arbeidet gikk imidlertid greit.

Intervjuene ble hørt gjennom flere ganger, og jeg forsøkte i dette arbeidet å danne meg et helhetsinntrykk over hva som egentlig ble sagt i gjeldende intervju. Dette ble skrevet ned for hver intervju. Transkriberingen ble gjort så tekstnær som mulig. Dette betyr at jeg har tatt med alle ord, lyder og tenkepauser. I etterkant er det tenkelig at datamaterialet ville ha vært enklere å lese og ville ha fremstått mer ryddig, hvis jeg hadde utelatt intervjuers bekreftende « ja » og « mm.. ». Forsker har likevel valgt å bevare disse i transkriberingen, da disse medvirker til å gjengi samtalen slik den faktisk var, der og da. Transkriberingen er videre gjort på dialekt. Dette er gjort for å bevare egenarten til hver informant på best mulig måte. Forsker har imidlertid valgt å ikke bruke dialekt i rådatasitatene i oppgaven. Dette for å sikre god lesbarhet, samt for å bevare informantens anonymitet på best mulig måte.

Lydkvaliteten på intervjuene var svært god, det vil si at jeg hørte alt som ble sagt. Dette arbeidet var tidkrevende, men gikk greit. Resultatet av de fire intervjuene ble ca 45 sider transkribert tekst.

Transkripsjonen innebærer « en ny sammenheng som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger, og utgjør i virkeligheten en begynnelse på de spørsmålene vi stiller mer eksplisitt i analysefasen » (Malterud 2013:78).

Når muntlige samtaler skal omformes til tekst, kan vi imidlertid stå overfor en motsetning mellom gyldighet og pålitelighet, der gyldigheten svekkes hvis vi sikter mot en mekanisk forståelse av pålitelighet. Ved å skrive ned nøyaktig det som blir sagt, får vi ikke automatisk en god gjengivelse av det som ble hørt. « Ordrett skriftliggjøring av muntligheter kan paradoksalt nok gi leseren et annet bilde av samtalen enn det som samtalepartene hørte i situasjonen, særlig hvis en eller begge partene har en dialekt eller en uttrykksmåte med språklige særpreg (Malterud 2013:76).

3.5.2 Analysemetode

Formålet med den fenomenologiske analysen er « å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og *livsverden* innenfor et bestemt felt. Vi leter etter *essenser* eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møtet med data » (Giorgi, gjengitt i Malterud 2013:97). Det å helt og holdent klare å legge sin egen forforståelse til side kan være vanskelig, men jeg har så samvittighetsfullt som mulig gjort dette.

Malterud (2013) forteller at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater, ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Ved å ta utgangspunkt i problemstillingen, skal vi stille spørsmål til materialet. Mønstre og kjennetegn er svarene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Analysen skal foregå på en slik måte at andre ved en senere anledning kan følge den samme veien jeg har gått, og forstå mine konklusjoner. For å få en veldokumentert og gjennomarbeidet analyse er det ifølge Malterud (2013) forpliktende med en struktur, selv om helhetsblikket skal fange det mest vesentlige. Med dette i tankene er det valgt systematisk tekstkondensering som analysemetode i denne masteroppgaven. Denne analysen er gjennomført i fire trinn: 1. å få et helhetsinntrykk, 2. å identifisere meningsbærende enheter, 3. å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene, og 4. å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2013)

3.5.2.1 Å få et helhetsinntrykk

I dette første trinnet er meningen å bli kjent med materialet. Teksten skal leses gjennom flere ganger, der helheten er viktigere enn detaljene. Poenget er å vurdere mulige temaer. Det er her viktig å forsøke å sette egen forforståelse og teoretiske referanserammer i parentes, slik at det samsvarer med det fenomenologiske perspektivet. Dette betyr at vi må sette oss åpen for de inntrykk som materialet formidler. Når all tekst er lest, er tiden inne for å oppsummere inntrykkene, og se om det trer fram noen *foreløpige temaer*.

Med dette som utgangspunkt leste jeg gjennom alt datamaterialet på rundt 45 sider med transkribert tekst, og lagde så en liste over de temaene som vekket min oppmerksomhet. Et godt tegn i denne fasen er at de foreløpige temaene ikke samsvarer for mye med hovedtemaene i intervjuguiden. For stor likhet, kan tyde på at vi har forfulgt forforståelsen i for stor grad, mer enn å være årvåken overfor nye mønstre (Malterud, 2013).

Hvert tema fikk et nytt navn. Etter å ha lest gjennom intervjuene flere ganger, satt jeg igjen med åtte temaer. Flere av disse omhandlet samme tematikk og disse ble videre kuttet ned til fire reviderte temaer. Temaene fikk følgende benevnelser: «emosjonell belastning», «liv og død», «kunnskapsmangel» og «overbelastnings-situasjoner».

3.5.2.2 Meningsbærende enheter- fra temaer til koder

Andre trinn i analysen dreier seg om å skille relevant tekst fra irrelevant tekst. Dette betyr at materialet skal organiseres ut fra hvilken del av materialet som skal studeres nærmere. På dette stadiet spiller problemstillingen inn. Den del av materialet som belyser problemstillingen skal nå ses nærmere på. Via en systematisk gjennomgang, linje for linje, leter vi etter *meningsbærende enheter*. Vi velger her ut teksten som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn. Samtidig som de meningsbærende enhetene merkes i teksten, begynner vi samtidig å systematisere disse. Dette er det som kalle *koding*. Kodearbeidet tar her sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten. Det er derfor nyttig å starte med et overkommelig antall temaer. Ved å bruke temaene som veiviser, skal vi finne tekstbiter, som etter innhold merkes med koder, som skal samle tekstbitene som har noe til felles. Her valgte jeg ut de delene av teksten som omhandlet de fire temaene fra analysens første del. I dette arbeidet nummererte jeg de ulike meningsbærende enhetene og merket disse med ulike tusjfarger, ut fra hvilke tema de falt inn under. Jeg samlet videre store deler av teksten, ved å skrive de meningsbærende enhetene på nytt inn under hvert tema. Malterud (2013) forteller at gjennom kodearbeidet utvikler vi våre prinsipper for dekontekstualisering av materialet. Dette betyr at vi sorterer dataen i *kodegrupper* ut fra en tematisk og kodestyrt gruppering av de meningsbærende enhetene i materialet. Det er imidlertid viktig å tenke at kodene bare er et middel og et organiseringsprinsipp, og ikke et mål da flere stadier av analysen fortsatt gjenstår (Malterud, 2013). Seks koder fremkom som resultat av dette arbeidet. Kodeprosessen gav følgende koder: «redsel og frykt», «makteløshet», «mangel på kontroll», «krevende erfaringer», «teorimangel» og «krevende relasjoner».

3.5.2.3 Kondensering- fra kode til mening

Dette er analysens tredje trinn. Her skal vi abstrahere kunnskapen som vi har etablert ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene i andre trinn. Ved å kondensere innholdet, skal vi systematisk hente ut mening. Her skal de meningsbærende enheten inn i hver kodegruppe omskrives til abstrakt mening. Materialet sorteres også i subgrupper. På dette stadiet er det subgruppene som er analyseenheter. Innholdet i hver subgruppe kondenseres og fortettes ved at det lages et *kondensat*- et kunstig sitat. Malterud (2013) sier at kondensatet er et artefakt forankret i data. «Kondensatet er et

arbeidsnotat som skal brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i analyseprosessens fjerde og siste trinn» (Malterud 2013:106). Fem subgrupper ble utformet på dette stadiet. Subgruppene fikk følgende overskrifter. «redselen ligger i bakhodet», «kunnskapsmangel», «erfaringsambivalens, «relasjonstretthet» og «frustrasjon og maktesløshet».

3.5.2.4 Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begrep.

I fjerde trinn av analysene skal bitene settes sammen igjen. Denne prosessen kalles *rekontekstualisering*. I dette trinnet sammenfattes det vi har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe skal først sammenfattes. Det lages her en *analytisk tekst*, med basis i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene for hver kodegruppe. Den *analytiske teksten* representerer resultatene i forskningsprosjektet, og det er derfor viktig at gjenfortellingen tydelig bærer bud av at vi presenterer essensen av flere historier som er sammenfattet via analysen. Den analytiske teksten fra hver kodegruppe, med ett eller flere sitater, gis tilslutt en fengende *overskrift* som sammenfatter det den handler om. «På dette trinnet slutfører vi begrepsutviklingen ved å gi nytt og endelig navn til de kategoriene som representeres av innholdsbeskrivelsen og sitat» (Malterud 2013:109). De nye kategoriene ble som følger: «systemfrustrasjon» og «relasjonsrelaterte belastninger».

Avslutningsvis er det viktig å validere egne funn, ved å gå tilbake til de opprinnelige utskrifter. Malterud (2013) sier det kan være lurt å se tilbake på hva som egentlig ble sagt. Vi skal systematisk forsøke å lete etter data som motsier de konklusjoner vi er kommet fra til. Det er videre viktig å vurdere det vi har funnet, opp mot empiri og teori. Forsker bør her undersøke om tilsvarende beskrivelser allerede foreligger fra andre. Hvis dette er tilfelle blir relevansen av resultatet svakt, og en ny analyserunde bør vurderes (Malterud, 2013).

4.0. Resultater

4.1 Gjennomføringsrapport

Arbeidet med rekruttering av informanter gikk stort sett etter planen. Slik beskrevet tidligere tok jeg kontakt med avdelingsledere på akuttpostene som var aktuell i studien.

Jeg ba da avdelingslederne om hjelp til rekruttering av informanter. Dette tok noe tid, og en ny henvendelse ble sendt ut etter at to uker var gått uten å få svar. Denne nye henvendelsen hadde umiddelbar virkning, og informantene tok da fortløpende kontakt. Fire informanter ble fortløpende booket inn på passende dager for intervju. Informantene fikk i stor grad selv bestemme tidspunkt for intervjuene, slik at det passet best for dem. En informant meldt avbud på grunn av sykdom, og ble etterhvert strøket av listen på grunn av langvarig kursing på annet sted i dette tidsrommet. Dette medførte at en av informantene ble rekruttert fra egen post. Dette ble avklart med avdelingsleder og intervjuet ble gjennomført på lik linje med de andre. Det at forsker og informant jobber på samme avdeling og kjenner hverandre godt, kan påvirke intervjuet. Dette ble imidlertid tematisert i forkant av intervjuet, og forsker opplever at intervjuet fungerte på lik linje med de andre intervjuene.

Intervjuene gikk greit, og intervjuene hadde en varighet på rundt 45 minutter. Samtlige informanter oppfylte inklusjonskriteriene og var engasjerte og viste interesse for tematikken. Mot slutten av intervjuet fikk informantene anledning til å komme med kommentarer og tilføyelser, hvis de ønsket det. Datamaterialet besto av 45 sider transkribert tekst. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble brukt, men rekkefølgen ble endret ut fra det informanten fortalte.

4.2 Analyserapport

Det er i denne oppgaven benyttet systematisk tekstkondensering som analysemetode etter Malteruds (2013) analysetrinn. Analysen er gjennomført i fire trinn der første trinn er å danne seg et helhetsinntrykk. Videre er andre steget å identifisere meningsbærende enheter. Abstrahering av innholdet i de meningsbærende enhetene er analysens tredje trinn, og til slutt er hensikten å sammenfatte betydningen av dette.

Transkribering av datamaterialet ble gjort av forsker selv. Dette var arbeidskrevende, men ga samtidig en nærhet til datamateriale. Alle intervjuene ble først lest flere ganger før analysearbeidet startet, for på denne måten å gi et helhetsinntrykk. Første steg i analysen opplevdes utfordrende. Malterud (2013) fremhever at en åpen holdning, hvor man setter egen referanseramme og forforståelse til side, er viktig. Mange ulike temaer framkom i dette tidlige analysearbeidet. Et godt tegn er når temaene som fremkommer på dette stadiet, ikke samsvarer med spørsmålene i intervjuguiden.

Til å begynne med fremsto datamateriale som et mylder av mange ulike temaer. Ved nærmere ettersyn ser forsker at mange temaer omhandler det samme og et mønster

begynner å tegne seg. Til slutt sitter forsker igjen med fire temaer som går igjen hos samtlige informanter. Sammenfatningen av de meningsbærende enhetene til koder fremsto som utfordrende, og det ble mye fram-og-tilbake i datamaterialet. På andre tinn i analysen skal problemstillingen være førende, og dette resulterte i en ny analyserunde, for å sikre at temaene fra første analyserunde var holdbare. Dette arbeidet medførte en ny kode i analysen. Resten av analysearbeidet gikk greit.

4.3 Endelige resultater

I dette kapitlet vil selve analysen av oppgavens empiriske materiale presenteres. På bakgrunn av teorimaterialet som er presentert i oppgaven vil problemstillingen danne utgangspunktet for analysen. Fem subgrupper har oppstått fra kodene i det empiriske materialet. Disse subgruppene er; 1) redselen ligger i bakhodet, 2) kunnskapsmangel, 3) erfaringsambivalens, 4) relasjonstretthet, 5) frustrasjon og maktesløshet. Det er videre utviklet nye kategorier, på bakgrunn av en sammenfatning av subgruppene. De nye kategoriene er som følger; «*systemfrustrasjon*», og «*relasjonsrelaterte belastninger*». Funn fra datamaterialet er her omformet til et generelt nivå, og resultatene presenteres som en sammenfatning av disse. Data fra det opprinnelige datamaterialet er presentert som gullsitater for på denne måten illustrere poenget i tekstens sammenfatning.

4.3.1 Systemfrustrasjon.

Sykepleiere i en akuttpsykiatrisk sengepost jobber og møter utfordringer både innenfor rammer av personalmessige, juridisk, rom/arealmessige og terapeutiske art.

Utfordringer av personalmessig art kan innebære alt fra personlige forskjeller, ulikt utdannelsesnivå, generelle utfordringer i forhold til bemanning osv. De juridiske rammene er som oftest avklart under selve innleggelsen, og redegjøres for øvrig for i teoridelen av oppgaven. De arealmessige forholdene er ofte lite å gjøre med, og akuttdriften går sin gang, uavhengig av om posten er ny eller gammel i utforming eller om det er eget skjermingsavsnitt eller ikke. Utfordringer knyttet til driftsmessig og terapeutiske art, kan derimot skape frustrasjon blant personalet, slik det framkommer i datamaterialet. Det å forholde seg til pasienter med selvskadingsproblematikk kan slik det framkommer hos informantene skape mye frustrasjon, både i forhold til hvordan man skal møte pasienter som selvskadere, men også overfor systemet, som sådan. *Systemet* fremstår noe diffust, men framkommer som begrep i intervjuene. Begrepet

systemfrustrasjon er et begrep informantene bruker når de snakker om frustrasjon knyttet til *system*, da i betydning av system som noe overordnet utenfor sykepleieren selv. Dette kan blant annet være føringer innad i avdelingen eller i sykehuset som helhet. Fagutvikling, forskning, forskjellige utdanningsnivå og eventuelt mangel på forskning kan være eksempler på noen av det som faller inn under dette begrepet.

4.3.1.1 Kunnskapsmangel.

Sykepleierne som er benyttet som informanter, opplever det som utfordrende å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk. Utfordringene dreier seg blant annet om opplevelsen av mangel på kunnskap og mangel på klare retningslinjer om hvordan man møter denne problematikken.

For å illustrere fenomenet presenteres det i det følgende et utvalg sitater fra informantene, som kan gi et bilde av det som beskrives i teksten ovenfor. Informanten sier følgende:

...vi skal kunne siste forskning..men vi gjør ikke det, ... det er.. fortvilelsen min, at det er der, men vi får ikke tak i den.. eller det blir ikke spredd til nok, sånn at vi kan nyttegjør oss det på en sånn måte, at det er til nytte for pasienten... Jeg tenke at når man søker forståelse hos pasienten, så må man også søke forståelse i forskningen. Jeg har vært på leting ..jeg vet jo ikke, jeg har jo ikke noen fasit....Jeg vet ikke, men det fungerer ikke jo ikke så godt det som er...

I dette sitatet forteller informanten om sin fortvilelse over at informasjonen og kunnskap ikke blir spredd ut, slik at sykepleieren og personalet for øvrig kan nytte seg av forskning som er gjort. Informanten opplever videre at mangel på forskning og informasjon, heller ikke kommer pasienten til gode. Dette medfører bekymringer om hva som er rett og galt i behandlingen, og om det i det hele og det store finnes et godt svar på dette.

Gjennomgående i alle informantenes beretninger er temaet om behovet for mer kunnskap og forskning på området.

En annen informant forteller følgende:

..at det er uenigheter i behandlingsapparatet...asså innad i avdelinga...og at man kan stå i en del diskusjoner der, og da kan jeg føle at selve strukturen på avdelinga er dårlig...

Og:

..eller så hadde det vært fantastisk å fått et postseminar i 2 dager, der vi bare kunne ha fått en mer felles, grunnleggende forståelse for hva personlighetsforstyrrelse er, hvordan er personlighetsstrukturene, og kunne ha forstått det...og igjen kunne forstå i forhold til

motoverføringer... og disse tingene som er så vanskelig... sånn at man bare kunne henvist til noen fagord, og bare sleppe å sitte å diskutere i ... og kunne ha gjort det mer strukturert.

Det hadde gjort alt veldig mye enklere og den her gruppa hadde fått mye mer hjelp, hvis de som skulle hjelpe hadde forstått... Og, man ville ha fått større empati for den her pasientgruppa ... og kjenne at man ikke har så mange negative følelser i meg ...

Denne informanten vektlegger at det kan være uenighet i behandlingsapparatet, og at dette skaper unødig belastning for sykepleieren og personalet forøvrig. Informanten peker videre på at strukturen i avdelingen kan fremstå som dårlig, og at dette også oppleves som utfordrende. Informanten forteller videre om ønsket om fagdager, der blant annet undervisning om personlighetsforstyrrelse er ønskelig.

Samtlige informanter kommer på ett eller annet tidspunkt inn på tematikken omkring personlighetsforstyrrelse i intervjuene. Informantene peker på at denne pasientgruppen oppleves som utfordrende å jobbe med, og at behovet for kunnskap derfor er stort.

En annen informant vektlegger at mange forskjellige personalgrupper, både i den somatiske delen av helsevesenet og den psykiatriske delen, samarbeider rundt en og samme pasient. Dette kan for eksempel dreie seg om pasienter som har selvskadet på en slik måte at kirurgiske inngrep kan være nødvendig, eller at pasienten for eksempel har tatt intoks av medikamenter og av denne grunn trenger overvåkning på somatisk sykehus. Informanten forteller følgende:

..ja, frustrerte personale, frustrerte kirurger, og sykepleiere som ikke forstår det her...

Og:

..asså det kan være en sånn systemfrustrasjon .. som kanskje kan være en større frustrasjon enn pasientene, for mitt vedkommende.

Informanten forteller her om mye frustrasjon blant forskjellig helsepersonell, der de ikke forstår bakgrunnen for hvorfor pasienten skader seg selv. Informanten poengterer at denne frustrasjonen *mellom* helsepersonell mange ganger kan oppleves mer belastende, enn den frustrasjonen man kan kjenne på overfor pasienten.

... frustrerende og irriterende...(latter)... så jeg kan kjenne når jeg komme hjem, og så står man jo ikke i posisjon til å virkelig kunne gjøre noe ... jeg kan si ifra, men man skulle gjerne stått i en annen posisjon til å kunne gjort noe ...

Her forteller informanten om frustrasjon knyttet opp til ønsket om å få kunne medvirke i behandlingen til pasienten i større grad. Informanten forteller at irritasjonen over å ikke

ha større medbestemmelse, som av og til kan komme fram etter at informanten har kommet hjem. Det fremkommer her at det er mulig å si ifra, men at det å virkelig kunne gjøre noe «annet», ikke er mulig.

4.3.1.2 Frustrasjon og maktesløshet.

Sykepleieren preges av mye frustrasjon og følelse av maktesløshet. Frustrasjonen og maktesløshet er uttrykk alle informantene stadig kommer inn på i intervjuene, og er gjennomgående som beskrivelse av følelser for sykepleiere som jobber med pasienter med selvskadingsproblematikk. Opplevelse av å være maktesløs knyttes ofte opp mot en form for nederlagsfølelse over å ikke kunne hjelpe pasienten. Frustrasjon knyttes ofte opp mot det å ikke forstå hvordan pasientene er i stand til å skade seg så alvorlig. En av informantene beskriver sine følelser på følgende måte:

...hvordan i herrens navn skal vi gjøre det her, hvordan skal vi forstå det her?

Og:

Jeg kjenne på maktesløsfølelse .. en følelse av å ...eller mer sånn hjelpeløshetsfølelse.

I disse to korte sitatene formidler informantene sin frustrasjon over ikke å finne ut hvordan de skal hjelpe pasienten, eller forstå problematikken. Informanten forteller videre at den kjenner på en maktesløsfølelse, eller en form for hjelpeløshet. Samtlige informanter bruker lignende beskrivelser, og bruker også ordene maktesløshet, hjelpeløshet, og utmattethet. Informantenes beskrivelser vitner om store belastninger for sykepleieren. Følelsen av maktesløshet synes slik det nevnes ovenfor å henge sammen med følelsen av å ikke kunne hjelpe pasientene. Informantene forteller at det oppleves belastende blant annet fordi selvskadningen skjer igjen og igjen, og «aldri tar slutt». En av informantene sier at den fikk en følelse av at det var noe som skjedde overalt, og beskriver da hvordan det er å ha flere pasienter med selvskadingsproblematikk, innlagt samtidig. En annen informant bruker beskrivelsen som å «ta hele runden igjen» på nytt og på nytt. For videre å illustrere tematikken viser jeg flere rådatasitater. En annen informant beskriver sine opplevelser slik:

Nei, nå vet jeg ikke lengere hva jeg skal gjøre!...Det har jo vært flere ganger hvor jeg har tenkt på å melde meg ut av behandlingsgrupper, og ... det her blir for mye å stå i over så lang tid...vi kommer jo ingen vei..

Her forteller denne informanten noe lignende som forrige informant. Fortvilelsen over å ikke lengere forstå hva man skal gjøre, er fremtredende. Informanten sier videre at vedkommende flere ganger har tenkt på å melde seg ut av behandlingsgruppa, da arbeidet oppleves for krevende å stå i over så lang tid.

Opplevelsen av «å ikke komme noen vei» fremstår på denne måten som en belastende faktor for sykepleieren. Samme informant forteller videre:

...en slags håpløshet som hjelper:...

Informanten forteller at den opplever en håpløshet som hjelper, og at dette oppleves som belastende. Flere informanter har i sine intervju fortalt om samme opplevelse. En annen informant forteller at vedkommende fikk en følelse av å ikke gjøre en god nok jobb, og at dette gjøre en usikker i arbeidet sitt.

Det er jo energikrevende..Det blir litt sånn utmattende, og så er det jo litt sånn snikende, du merke det ikke ... men så Åhhhhh... nei, den der pasienten, jeg klarer ikke å følge han opp...og du kjenner at du bare får helt avmakt...og det kan jo komme av mange ting ... både av at jeg er bærer av hennes følelser ...eller mitt eget engasjement.. eller..?

Informantene formidler at det oppleves som energikrevende og utmattende å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk. Denne informanten forteller nettopp om dette i dette rådatasitatet. Informanten forteller at det ikke nødvendigvis er innlysende for en selv at en bruker mye energi i sitt arbeid. Informanten forteller at utmattelsen oppleves som noe «snikende» som gradvis kommer over en. Andre informanter forteller om noe av det samme, da de forteller at de på ett eller annet tidspunkt kommer til en type konklusjon, om at nå klarer de ikke mer, eller at de bare må ut av behandlingsgruppen. Denne informanten forteller om en avmaktsfølelse, og funderer på hva dette kan komme av. Informanten tenker det både kan komme av at man blir bærer av pasientens følelser, samt at man selv er engasjert i pasientens ved og vel, og at summen av dette blir en belastning i form av avmaktsfølelse.

4.3.2 Relasjonsrelaterte belastninger.

Det å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk medfører utfordringer og belastninger for sykepleieren, i form av blant annet; redsel, frustrasjon og tretthet.

Relasjonsbelastninger er et begrep jeg velger å bruke når det gjelder å beskrive ulike sider av opplevd belastning hos sykepleiere, når det dreier seg om utfordringer knyttet til samhandling og relasjon med pasienter med selvskadingsproblematikk.

4.3.2.1 Redselen ligger i bakhodet.

Sykepleiere opplever belastning i form av redsel og engstelse for at pasienten skal skade seg alvorlig, og at dette ikke skal oppdages i tide, og videre påfølgende konsekvenser av dette. Den største redselen er imidlertid, redselen for at pasienten skal dø. Informantene i undersøkelsen forteller alle om svært dramatiske hendelser, hvor livet til pasienten har stått i fare. Disse opplevelsene preger sykepleieren, ofte på en negativ måte i lang tid etterpå.

Informantene forteller om hvordan utryggheten i forbindelse med selvmordsfare hos pasientene, påvirker dem. Informantene forteller at de ofte tar jobben med seg hjem, i form av tenking og «grunning» over hvorvidt pasienten kommer til å være i livet dagen etterpå. Informantene forteller at de kjenner engstelsen i kroppen, og «i bakhodet». For å illustrere fenomenet presenteres det i det følgende et utvalg av sitater fra informantene som gir et bilde av det som omtale i teksten overfor. Informantene sier at:

..du blir jo.. du kjenner jo på det her med redsel..du kjenner på ubehaget ..
konsekvensene av det

Og:

... redsel for at en skal feile og at det skulle gå galt..

Og:

..det ligger jo i bakhodet! ..Det at det kan gå galt.

Denne informanten forteller her om følelsen av ubehag og redsel i forbindelse med det å være kontaktperson til en pasient med selvskadingsproblematikk, og hvor også suicidalitetsfaren er uavklart eller stor. Informanten forteller om frykt for å gjøre feil, og at noe skal gå galt med pasienten. Flere av informantene forteller at de er redde for å «glippe» på oppfølgingen, ved for eksempel å bli forheftet i noe annet på posten eller at de av en eller annen grunn ikke får med seg at pasienten viser tegn på å bli dårlig.

Konsekvensen kan da være at pasienten har selvskadet eller har gjort forsøk på suicid. Informantene bruker uttrykket «det ligger i bakhodet», og henviser da til en fryktfølelse eller redsel som hele tiden ligger i bevisstheten. Flere av informantene beskriver dette som en beredskapsfølelse, som oppleves som svært belastende. Opplevelsen av å være i beredskap skaper slitenhet for sykepleieren over tid.

En annen informant formulerer seg slik:

Den første tanken ble jo «hvor alvorlig er det her?».. «er det fare for liv?» så da blir man jo redd. Men, jeg husker disse hengningsforsøkene, spesielt som et menneske hadde, eller disse kalkulerte pasientene, som jeg sier ...hun visste at jeg kom til å komme inn, hun hadde den type oppfølging at jeg kom til å komme inn ...hun hadde vel en sånn IO ...og da huske jeg at jeg ble sint, første gangen..!

Her forteller informanten om redsel og formidler den konkrete tankerekken som raser gjennom hodet til informanten idet den kommer inn til en selvskadingssituasjon. I løpet av et øyeblikk skal sykepleieren ha kartlagt om alvorlighetsgraden av selvskadingen og om det er fare for liv. Dette formidler som krevende også av andre informanter.

Informanten forteller også i samme sitat om et hengningsforsøk, der vedkommende opplever pasienten som kalkulert i sin beregning av tidsintervallene av oppfølgingen. Informantene forteller at faremomentet med denne oppfølgingen er at de opplever at noen pasienter kan oppleves kalkulert, da de vet at personalet vil komme å se til dem. Flere av informantene forteller om lignende tankerekker.

..jeg hadde lyst å spørre «hva i faen»... det var nesten så jeg tenkte,..gå en annen plass å gjør det der! .. jeg visste jo at ikke var for å ta livet sitt...jeg viste det, i mitt hode, men man vet jo ikke hva som foregår i hodet til en annen, men det var jo en fortvilelse fra hennes side, og hun plagdes jo virkelig, men jeg klarte ikke å ... men det var nok for at jeg ble så redd ... at her kunne det ha gått galt. Hun kunne ha klart det. Ho kunne ha klart å tatt livet sitt, uten at hun ... egentlig ville det... og det va min første reaksjon.

Det fremkommer som et betydelig funn at sykepleierens angst og redsel for at pasienten skal dø, er belastende. Redsel kan slik dette sitatet viser fort gå over i sinne og frustrasjon, og sykepleieren kan stå i fare for å miste besinnelsen. Det å miste besinnelsen, og opptrer uprofesjonelt fremkommer som belastende. Informantene forteller om opplevelser som er helt på kanten av det en kan regne som håndterbart, men samtidig fremsetter viktigheten av å være rolig, omsorgsfull og profesjonell.

4.3.2.2 Relasjonstretthet.

Informantene forteller at de på en eller annen måte har måtte gjøre seg opp tanker omkring hvilken type relasjon de skaper med pasientene. Noen informanter forteller om dyrekjøpte erfaringer, der de har knyttet for sterke bånd til pasienten. Resultatet av dette har blant annet ført til at sykepleieren har måtte gå ut av behandlingsgruppen, eller at relasjonen har blitt så slitsom at sykepleieren har «mistet» besinnelsen i situasjonen, og

opptrådt uetisk ved å bli forbannet på pasienten. Slike tette relasjoner blir ofte svært krevende for sykepleieren, og kan medføre store belastninger i form av tretthet, skyldfølelse, lav mestringsfølelse hos sykepleieren og usikkerhet om hva som er rett eller galt i forhold til behandling. For å illustrere hvordan informantene uttrykker dette, viser jeg til rådatasitat. En av informantene beskriver sin opplevelse omkring temaet på følgende vis:

... men jeg kjente at det ble for tett tilslutt og hun ble før ... det krevde for mye av min .. det ble for personlig og for ... og ho kom under huden min rett og slett... og så ble hun mer og mer sånn, vi ble venninner ...for henne så ble jeg som en venninne, og det ble for vanskelig for meg...Jeg visste jo veldig klart hva som va min rolle i det hele, men når du har konstant...æ trur det var ett års tid, at jeg var i behandlingsgruppa hennes... det ble for tett tilslutt.

Og:

..jeg kjenner på at da klarer jeg ikke å distansere meg....

Her forteller informanten at relasjonen med pasienten ble for tett, og at arbeidet av denne grunn ble for krevende. Informanten forteller videre når relasjonen med pasienten blir for personlig, blir det for vanskelig. Når pasienten videre opplever at de er venninner, blir det for vanskelig for informanten. Informanten peker her på viktigheten av å forstå sin rolle i dette, men sitatet forteller også at dette ikke er like lett i praksis. Informanten forteller også noe om belastninger ved å tilbringe mye tid sammen med en og samme pasient over et år, og hvordan denne relasjonen ble for tett og krevende.

En annen informant forteller følgende:

..Ja, jeg tenker at jeg forholder meg til det på en annen måte .. i forhold til at jeg..(latter)... kanskje har blitt mer kald...eller kynisk, jeg veit ikke ... jeg tenker meg om for hvordan relasjon jeg skaper med den her pasientgruppa på et vis... og hvem jeg skal innlede en relasjon med og hvor dypt jeg skal gå.. ...

Denne informanten forteller at denne forholder seg til relasjonen på en annen måte, nå enn tidligere. Informanten bruker ord som «kald» og «kynisk» i sin beskrivelse på måten å forholde seg til pasienten på. Det vesentlige er vel imidlertid at informanten er blitt mer bevisst på hvilken relasjon den skaper med pasienten, og hva denne relasjonen skal innebære. Flere informanter forteller om en prosess med bevisstgjøring hos seg selv over hvordan man skal takle egne følelser og hvordan samhandle med pasienter med selvskadingsproblematikk på en hensiktsmessig og god måte. Flere informanter formidler videre at man ofte kjenner pasientene godt, da denne pasientgruppen ofte er innlagt, og at dette gjør noe med relasjonen. En informant forteller følgende:

...for man får jo et eget hjerte for disse pasientene...

Her forteller informanten at man ofte får følelser for denne pasientgruppen, både på godt og ondt. Informantene forteller at de opplever at pasientene strever slik og har det så vanskelig og at dette også setter følelser i sving hos oss som hjelpere.

4.3.2.3 Erfaringsambivalens.

Informantene i denne studien forteller om tanker rundt egne erfaringer med selvskadingsepisoder, og hvordan disse episodene har påvirket dem. Samtlige informanter forteller om vanskeligheter med å takle og forstå selvskadingen hos pasientene, når de var nyutdannet eller fersk i faget. Informantene forteller om rystende og sjelsettende episoder, som de hadde problemer med å takle, og som plaget dem over tid. Informantene formidler imidlertid at summen av alle selvskadingsepisodene, på sett og vis har herdet dem, og at de ikke lengere reagerer så sterkt som til å begynne med. Informantene formidler imidlertid at det fortsatt ikke er lett å forholde seg til selvskading, og at de aldri helt kommer til å bli vant med inntrykkene som selvskading kan gi.

Erfaring og mangel på erfaring kan på sett og vis sees på som et tveegget sverd, hvor man på den ene siden preges sterkt av selvskadingsepisodene, og streng tatt ville ønsket å vært disse foruten, men som på den andre siden danner grunnlag for en empirisk kunnskap som på sikt skaper ro og trygghet. For å illustrere noen av informantenes følelser og tanker rundt dette, viser jeg igjen til rådatasitater. En informant forteller:

..mens nå er det litt sånn roligere...det kommer jo med erfaring...

Og

Ja..mm.. ja, jeg føler jo at jeg er blitt litt mer rolig i forhold til dette, og at det er like bra, eller bedre enn at du ..skal bli stresset av det...og også for pasienten.. Det har jeg lært etter hvert at det beste, skal du få fremskritt, så er det å stå i det gang på gang...

Her forteller informanten at ro kommer med erfaring, og at vedkommende ikke lengere blir så stresset av selvskadingen. Informanten vektlegger også at det å kunne opptre rolig, samt å være tålmodig i slike situasjoner er bra for pasienten.

En annen informant formidler sine opplevelser på følgende måte:

... man må på en måte gjøre seg noen erfaringer med det, fordi det er ikke noe du bare kan høre om eller lese deg til heller, for det er jo noen følelser i deg, i sving som hjelper, som også gjør sitt til at man skaffa seg en erfaring med det også.

Her forteller informanten at det å gjøre seg noen erfaringer med selvsikring er nødvendig for å kunne håndtere det på en god måte. Informanten forteller at denne typen empirisk kunnskap ikke er noe man kan lese seg til eller bli fortalt, men at det må oppleves. Informanten fremhever i denne sammenhengen at dette handler om å bli kjent med seg selv og sine egne følelser, for på denne måten kunne gi hjelp på en god måte til pasientene. Informanten forteller videre:

Ja, at desto mer av den erfaringen, som jeg hele tiden kommer tilbake til, så blir man mer rustet,...

Og

...med mer «is i magen» og mer trygghet i forhold til meg selv..

Her kommer informanten inn på begrepene «å bli bedre rustet» og «is i magen». Det «å bli bedre rustet» henspiller slik det nevnes i avsnittet ovenfor, på at summen av erfaringene gjør en bedre i stand til å håndtere vanskelige situasjoner uten å bli for stresset eller negativt påvirket. Det å ha stått i situasjoner flere ganger gjør, slik informantene forteller, at man klarer å opptre rolig og ikke legge for mange følelser i det.

Informanten forteller at man over tid lærer seg å tåle og stå i usikkerhet i og rundt pasientens tilstand og omtaler dette som å ha «is i magen».

Annent informant forteller følgende:

Jeg kjenner at med årene så trenger jeg mindre.. jeg kommer forttere over det..(latter)...jo lengere jeg har jobbet...., men jeg har jo noen kollegaer ... det kan jo være alt fra å ha en sånn god faglig prat, eller bare det å tømme seg, og ikke komme med noe faglig....og bare si noe sånn ubearbeidet..

Denne informanten forteller i dette sitatet at erfaring over år, gjør at informanten ikke lengere blir så følelsesmessig påvirket som tidligere, og at det blir lettere å komme over det (...). Informanten forteller videre at det å snakke med en kollega også medvirker til å håndtere følelser på en bedre måte. Informanten vektlegger at det ikke alltid er nødvendig med en faglig prat, men det å ha muligheten for å prate med noen, også er til hjelp.

5.0 DISKUSJON

5.1 Kort sammendrag av studiens mål og viktige resultater

Studien mål var å undersøke og å søke større forståelse om sykepleiers opplevelse av selvskading. I den endelige problemstillingen spør forsker om hvilken belastninger sykepleier opplever i sitt arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk.

Resultater fra studien samsvarer med teori og øvrig forskning på området, som hevder at arbeid med selvskadende pasienter kan oppleves som dramatisk og utfordrende.

Selvskading kan videre oppleves som vanskelig å forstå, selv for fagpersoner.

Funn i studien peker tydelig i to retninger. På den ene siden viser funn at sykepleiere opplever belastning knyttet opp mot systemet, i form av mangel på kunnskap og retningslinjer. Dårlig struktur i avdelingene og lite undervisning frembringer frustrasjon og usikkerhet blant sykepleiere. Gnisninger mellom helsepersonell, både innad i egen post og overfor øvrige avdelinger skaper også frustrasjon og tretthet.

På den andre siden opplever sykepleiere belastninger på individnivå. Særlig viktig fremkommer belastninger i form av frykt og redsel over at pasienten skal dø på sykepleierens vakt. Videre viser funn at sykepleiere opplever stor belastning over å stå i tette relasjoner med selvskadende pasienter over lang tid. Videre fremkommer viktigheten av erfaring, som en medvirkende årsak til det å klare å forholde seg til alvorlig selvskading på en god og profesjonell måte, samtidig som at disse erfaringene preger sykepleieren i lang tid.

Samtlige sykepleiere formidler avslutningsvis at arbeidet med selvskadende pasienter oppleves som viktig og spennende, men at det er ønskelig med andre løsninger enn innleggelse i akuttavdelinger for denne pasientgruppen, der det er hensiktsmessig.

5.2 Begrensninger og metodekritikk

Jeg har med min problemstilling valgt å forske i eget arbeids- og interessefelt. Dette innebærer noen utfordringer jeg bør ha tenkt nøye gjennom. En begrensning er at jeg kan få problemer med å se forskningsdata med fordomsfrie og åpne øyne (Paulgaard, 1997. Måseide, 1997). Dette utgangspunktet kan på den andre siden gi meg den fordel at jeg har stor mulighet i å følge det informantene forsøker å formidle, på en annen måte enn en person som kommer «utenfra». Thagaard fremhever i denne sammenhengen at det kan være lettere å oppnå forståelse for deltakerens situasjon, hvis man forsker i eget felt (Thagaard, 1998). Everett & Furuseth (2004) vektlegger at for å

kunne gi forskningen mulighet til å vise at min forståelse er feil, er det viktig med en viss distanse til temaet man forsker på. Det blir i denne sammenhengen viktig for meg at jeg gjennom hele forskningen må utfordrer meg selv i å være åpen til det informantene sier til meg. Jeg må videre utvide min forståelse gjennom litteratur, samt være meg bevisst egne fordommer på feltet.

Begrepet *fordom* ble rehabilitert av Gadamer, og hans bruk av ordet skiller seg fra dagligtalen, hvor ordet var negativt ladet. Hos Gadamer er begrepet nøytralt, og viser til noe som går *foran* og *forut*. Poenget er å erkjenne at vi alltid kommer til saken, teksten eller handlingen, med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med på å bestemme det vi forstår og fortolker (Thornquist, 2003). En mulig begrensning i denne studien kan være at forsker har hatt vanskeligheter med å møte forskningsmaterialet med fordomsfri øyne. Dette på grunn av forsker egen nærhet til tematikken. Det fremkommer tydelig gjennom litteraturen at det å arbeide med selvskadende pasienter kan oppleves utfordrende og kan vekke sterke følelser hos helsepersonell (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010). Utfordringer og sterke følelser knyttet til arbeidet med selvskadende pasienter har en selv erfart, og kjent på over år. Det å selv jobbe i akuttpsykiatrien kan videre prege forskerens innfallsvinkel og tolkning. Denne posisjonen fra forskerens side kan sette sine spor i både analyse og tolkning av materialet.

Det er i denne studien lagt vekt på å benytte originallitteratur i størst mulig grad. Forsker har imidlertid også benyttet noe sekundærlitteratur, spesielt i forhold til forskning om selvskading. Slik det beskrive i oppgavens teoridel om selvskading, fremstår forskningsfeltet langt fra unisont, hverken i forhold til definisjoner eller beskrivelser. Dette medfører mange ulike studier med mange forskjellige innfallsvinkler, spesielt fra internasjonalt hold. Forsker har av hensyn til omfanget av teorimaterialet valgt å benytte sekundærlitteratur noen steder i oppgaven.

5.3 Vurdering av resultater i kontekst av litteraturen

5.3.1. Systemfrustrasjon

Funn tyder på at sykepleiere opplever maktesløshet i forhold hjelperrollen overfor pasienter som skader seg selv. Gjennomgående i alle informantenes beretninger er opplevelsen av maktesløshet og mye frustrasjon. Informantene i studien er alle sykepleiere, og har jobbet lenge i psykiatrien. Tre av fire informanter hadde også

videreutdannelse i psykiatri. Kompetansenivået til informantene kan på denne måten sies å være høyt. På tross av dette, tyder funn på at sykepleierne fortsatt har problemer med å forstå hvordan pasientene er i stand til å skade seg så alvorlig som de gjør.

Øverland (2006) hevder at en som hjelper alltid vil komme opp i situasjoner der en vil oppleve seg maktesløs. Øverland viser til Lund (2006) som hevder at de som har valgt et yrke der man ønsker å hjelpe andre, vil oppleve det som svært vanskelig, der de ikke klarer å hjelpe. Øverland (2006) fremhever videre at uansett hvor mye erfaring, kurs og vilje du har, vil følelsen av maktesløshet alltid kunne oppstå.

Øverland viser til Van der Weele (2006) som fremhever at behandlere til ungdom med selvdestruktivitet, håpløshet og et dårlig nettverk kan oppleve maktesløshet som hjelper. Behandlere reagerer forskjellig i forskjellige situasjoner, og samme behandler kan reagere forskjellig fra gang til gang. Akutt og overveldende sinne kan oppleves en gang, andre ganger kan behandlere reagere med å bli forvirret og målløs. Reaksjonen trenger ikke å komme med det samme, men kan komme snikende, og kan være på sitt sterkeste mange timer etter at pasienten har forlatt terapirommet. (Øverland, 2006).

En av informantene forteller nettopp om denne snikende opplevelsen, som kan komme lenge etterpå. Vedkommende forteller at det ikke var åpenbart med det samme, men at tankene og følelsene kunne komme idet vedkommende kom hjem, hvor denne kunne reagere med bli uventet irritert på sine barn eller andre. Dette skapte igjen dårlig samvittighet overfor sine nærmeste, som ble uskyldige rammet av informantens vanskelige følelser. Flere av informantene forteller at de opplever å ta jobben med seg hjem, hvor de for eksempel kunne ta ut frustrasjonen på mannen, eller at nattesøvnen ble ødelagt på grunn av drømmer eller grubleri. Flere av informantene forteller også om opplevelsen av sinne i eller etter en selvskadingssituasjon. Øverland (2006) forteller at det er viktig å ta egne reaksjoner på alvor. Det å erkjenne og bearbeide egne reaksjoner er viktig, slik at man unngår å bli skremt eller å speile uterapeutiske reaksjoner tilbake til pasienten.

Wilstrand *et al* (2007) beskriver i sin studie at sykepleiere føler seg overveldet av frustrasjon når de blir stilt overfor skremmende pleiesituasjoner som påkrever pleie og omsorg. Slike situasjoner fremkaller sinne overfor pasienten, som var vanskelig for sykepleierne å håndtere. Informantene i studien beskriver selvskadingen som en kraftfull handling overfor de rundt seg. Deltakeren i studien hadde registrert at kollegaer hadde mistet fatningen ved å rope til pasientene, tatt hardt i pasientene og ydmyket dem.

Informantene rapporterte også vanskeligheter med å observere pasienten tett, samtidig som at pasientens integritet skulle opprettholdes.

Wilstrand *et al* (2007) beskriver også hvordan mangel på støttet fra kollegaer og ledelse genererte frustrasjon og følelser av å være forlatt blant sykepleierne. Sykepleierne forteller at de følte seg adskilt fra de andre og at manglet på engasjement fra andre i debriefing fremskaffet frustrasjon. Disse følelsene ble tidvis så overveldende at de følte seg utslitt og at dette medførte sykemeldinger.

Beskrivelsene fra studien sammenfaller med mye av det som informantene i denne studiene forteller. Informantene i denne studien forteller om belastninger over å måtte stå alene i vanskelige situasjoner, uten støtte fra kollegaer eller ledelse. En av informantene forteller om lettelse over å være to personale sammen til pasienter som er ekstra krevende. Det å være to, letter byrden og det oppleves gunstig at de kunne drøfte problemstillinger sammen, og sammen finne den beste måten å håndtere pasienten på.

Hjort (2006) hevder at det ikke er nok ressurser i en akuttpost til å matche selvhatet til strekt suicidale pasienter, og at det derfor er lett å bli splittet. Hjort nevner et eksempel, der en utslitt sykepleier uttaler «For noen er det ikke liv laga» (Hjort 2006:4), etter å ha funnet en pasient etter et hengningsforsøk. Hjort forteller først at hun reagerer sterkt på denne kommentaren, men at hun i ettertid ser at det var lettere for henne å ha energi til å bli forarget, enn det var for sykepleieren som hadde funnet pasienten, og som hadde stått i slike situasjoner flere ganger med samme pasient. Ifølge Hjort (2006) illustrerer dette eksemplet splittelsesfasen i et slitent team. Teamomsorg er av denne grunn svært viktig, slik at ikke sykefraværet blir for høyt (Hjort, 2006).

Som sykepleier er man pliktig til å holde seg oppdater på forskrifter og ny forskning. Dette er imidlertid ikke alltid like greit i en travel hverdag med mye å gjøre. Et personlig engasjement og vilje til å holde seg oppdatert er påkrevd. Det fremkommer i studien at sykepleierne ønsker mer undervisning og oppdatering i form av fagdager på forskjellige problemstillinger fra egen praksis. Videre fremheves behovet for innsyn og spredning i ny forskning. En av informantene forteller om sin fortvilelse over å vite at forskning finnes, men at dette ikke blir spredd ut til sykepleier og personalet for øvrig. Samme informant forteller videre at informasjonen blir tilfeldig og personavhengig. Informanten forteller at engasjementet av og til står og faller på en nyansatt psykolog eller lege som har en spesiell interesse for en diagnose/lidelse, og at det av denne

grunnen blir et ekstra fokus på nettopp dette for en stund. Idet denne psykologen slutter, opphører også interessen og engasjementet. Informantene forteller videre at informasjonsflyten av ny forskning oppleves for sporadisk og tilfeldig, og at det av denne grunnen oppstår konflikt og uenighet. Ønsket om en mer helhetlig strategi for hvordan man skal møte og behandler pasienter med selvskadingsproblematikk, er stort. I teorien fremheves faglige møter og veiledning som viktig, for å unngå uenigheter om strategi og holdninger (Ekeberg, 2009).

Slik fortalt ovenfor viser funn i studien at mye frustrasjon oppstår idet det blir faglige uenigheter mellom helsepersonell fra ulike avdelinger, eller innad i samme avdeling. Ulike forståelseshorisonter og derav uenigheter på bakgrunn av dette er ikke ukjent ifølge litteraturen. McHale & Felton refererer til Patterson *et al* (2007) som fremhever at sykepleierens holdninger i hovedsak var positive, der disse hadde kunnskaper om selvskading. Det viser seg videre at psykiatriske sykepleiere har bedre holdninger overfor pasienter med selvskadingsproblematikk, enn sykepleiere i somatiske enheter. Denne forskjellen i holdninger tilskrives at psykiatriske sykepleiere har mer kunnskaper på tematikken. McHale & Felton (2010) viser til O'Donovan (2007) som hevder at psykiatriske sykepleiere er i mangel av tid, og derfor utviser dårlige holdninger, mens Hopkins (2002) fremhever at somatiske avdelinger ikke er egnet til å ivareta pasienter som selvskader. Mattson & Binder (2012) viser til McAllister *et al.* (2009) som fremhever at sykepleiere i en somatisk akuttavdeling hadde fått større forståelse for selvskading, etter et kort kurs om temaet. De klarte etter dette å hjelpe pasienten på en bedre og mer hensiktsmessig måte.

Ut fra dette kan det tenkes at gnisninger, spesielt mellom helsepersonell fra somatiske avdelinger og psykiatriske avdelinger kan ligge i ulike kunnskapsnivå, samt at de somatiske avdelingene ikke er tilrettelagt for ivaretagelse av selvskadende og suicidale pasienter. Dette viser seg ofte fra praksis, der de somatiske avdelingene krever fastvakt fra akuttpostene når selvskadende og suicidale pasienter blir innlagt i somatiske avdelinger. Dette for å sikre både pasient og personale på best mulig måte. Dette skaper imidlertid merarbeid for akuttpostene, i form av å stille personale til disposisjon, og kan tidvis oppleves uhensiktsmessig for personale fra akuttpostene. Man bør imidlertid være ydmyk overfor slike henvendelser, da det signaliserer utryggheten som helsepersonell i de somatiske avdelingene føler på. God kommunikasjon og velvilje fra begge sider er i slike situasjoner påkrevd, slik at alle kjenner seg trygg og at pasienten blir ivaretatt på

best mulig måte. I denne sammenhengen er det imidlertid viktig å tilse at undervisning om tematikken blir iverksatt, slik at sykepleiere og annet helsepersonell blir i stand til å tilby hjelp som pasienten har krav på, samt at helsepersonell føler seg fortrolig i sitt arbeid.

Sykepleiere er forpliktet til å yte den hjelpen som pasienten trenger ut fra sin situasjon. Dette medfører at sykepleieren må gå inn i relasjoner med pasienten, for på denne måten kunne hjelpe på best mulig måte. Ifølge Martinsen (2003) kan sykepleieren bidra til å gjøre pasientens liv trygt eller truende. Sykepleieren må evne å se hele pasienten, og ikke se ut fra et diagnostisk blikk. Da ser man bare problemstillinger rundt sykdommen, og fatter ikke interesse for hele pasienten. Et diagnostiserende blikk skaper ifølge Martinsen (2003) ikke tillit, og gjør pasienten til et objekt. Ved å objektivisere pasienten distanseres sykepleieren fra pasienten, og pasienten får ikke den trygghet, varme og tillitt som er påkrevd i krevende relasjoner.

Holdninger kommer til uttrykk gjennom våre handlinger. Hvis vi som sykepleiere praktiserer dårlige handlinger som resultat av dårlige holdninger, vil vår strebe etter å oppnå et tillitsforhold til pasienten være nytteløst. Dårlige holdninger kan ifølge Natvik (1997) skyldes mangel på kunnskap. Mangelfulle kunnskaper i en gitt situasjon, kan føre til at vi ikke er i stand til å foreta korrekt valg i en situasjon.

Som nevnt tidligere ytrer alle informantene ønsket om mer undervisning omkring forskjellige problemstillinger fra praksis. Ifølge litteraturen kan dette både være lurt og nødvendig. Weight & Kendal (2012) setter i sin artikkel søkelyset på holdninger overfor pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, innlagt i en akuttavdeling. Forfatterne forteller at det forekommer dårlige holdninger blant noe helsepersonell, spesielt overfor pasienter med denne diagnosen. Weight & Kendell (2012) viser til National Institute for Mental Health in England (NIMHE) (2003) som har advart om at pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, lenge har blitt omtalt som «pasientene psykiatrien misliker». Beskrivelser som «tids-brukere», «manipulerende», «vanskelige eller oppmerksomhetssøkende» er blitt brukt for å beskrive disse pasientene. Weight & Kendal (2012) viser til Wollaston & Hixenbaugh (2008) som hevder at det viser seg at noe personale oppfatter at disse pasientene har kontroll over sin adferd, og av denne grunnen er manipulerende og farlig. Slike holdninger er bekymringsverdig og kan ha negative effekter på klinisk praksis og omsorg til denne pasientgruppen. Grunner for disse holdningene kan ifølge Weight & Kendal (2012) skyldes dårlige kunnskaper og derav liten forståelse for diagnosen.

Weight & Kendal (2012) viser videre til NICE (2009) retningslinjer, som sier at når man jobber med pasienter med diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, skal håp og optimisme fremmes av helsepersonell. Disse retningslinjene er støttet av studier som viser at denne pasientgruppen profiterer på positive og støttende holdninger blant helsepersonell. Det viser seg videre viktig at en større oppmerksomhet rettes mot at borderline personlighetsforstyrrelse er en reell diagnose som kan behandles, og at denne kunnskapen kommer ut til helsepersonell (Weight & Kendal, 2012).

Weight & Kendal (2012) viser til Cleary *et al* (2002) som hevder at begrenset trening og dårlig oppfølging fra ledelsen kan være en av grunnene til at helsepersonell viser dårlige holdninger overfor *både* selvskadende pasienter og pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Petterson *et al* (2007) hevder ifølge Weight & Kendal (2012) at helsepersonell profiterte på trening etter å ha brukt Self- Harm Antipathy Scale for å måle negative holdninger før og etter en 12-ukers treningopplegg på selvskading. Resultatet viser en reduksjon av negative holdninger overfor disse pasientene.

Oppfølging fra ledelsen er ifølge Weight & Kendal også svært relevant.

Samtlige informanter bringer på en eller annen måte inn problemstillinger om pasienter med personlighetsforstyrrelse. Informantene opplever denne pasientgruppen som utfordrende å jobbe med og etterspør undervisning og temadager, for å kunne hjelpe disse pasientene på best mulig måte.

5.3.2 Relasjonsrelaterte belastninger

Selvskading er slik det nevnes i oppgavens innledning, en årsak til innleggelse og reinnleggelse i akuttpsykiatriske sengeposter. Sykepleiere møter ofte samme pasienten igjen, og igjen, ofte over relativt korte intervaller. Slike pasienter kan også ha hyppige innleggelser over en periode, for så å være borte fra akuttpsykiatrien lenge. Etter noen år kan de imidlertid igjen, få det vanskelig, og innleggelsene blir igjen hyppige. Dette er gjenkjennbart i noen av informantenes beretninger. Informantene forteller at det i slike situasjoner kan oppleves greit, da de allerede har kjennskap til pasienten og dens sykehistorie. Det er imidlertid ikke til å legge under en stol, at slike hyppige innleggelser kan skape belastninger for sykepleieren. Funn tyder på at slike relasjoner ofte oppleves å bli for tett og krevende, og kan medføre belastninger i form av tretthet hos sykepleieren. Lav mestringsfølelse, skyld og usikkerhet over ikke å klare å hjelpe pasienten, rapporteres videre som belastende for sykepleieren. Flere av informantene

forteller at de på ett eller annet tidspunkt, har måtte bryte ut av behandlingsgruppen, da belastningen har blitt for stor.

En av informantene forteller at den har måtte bryte ut av behandlingsgruppen, da relasjonen ble for tett og krevende. Vedkommende forteller at pasienten «kom inn under huden» og at det utviklet seg et «venninneforhold», som opplevdes ugunstig for sykepleieren. Det er her nærliggende å tenke at sykepleieren, kan ha hatt blitt for privat i sitt arbeid og ikke har klart å skille mellom det personlige og det private.

Martinsen hevder ifølge Austgard (2002) at ingen sykepleiesituasjon består av nestekjærlighet alene. Hun fremhever at situasjoner som sykepleiere står i, ofte er sammensatte og komplekse. Dette kommer også tydelig fram via informantene fortellinger. Disse situasjonene krever faglig kunnskap og innsikt, men også følelser. Martinsen poengterer at profesjonalitet ikke står i motsetning til det personlige. I profesjonell sammenheng er det imidlertid viktig å skille mellom private og personlige følelser. Når interessen og oppmerksomheten ikke er rettet mot pasienten, men vendt innad i sykepleieren selv, er følelsene blitt private i en profesjonell sammenheng. Dette kaller Martinsen ifølge Austgard (2002) *føleri*. Dette kan også bli resultatet hvis fagkunnskapen anvendes uten at følelsene er rettet mot pasienten. På denne måten kan sykepleieren frata pasienten hans menneskelige selvforståelse, og dette kan bety krenkelse av integritet og menneskeverd (Austgard, 2002).

Martinsen fremhever ifølge Austgard (2002) at det kan være flere andre faktorer som kan medvirke til at sykepleieren lukker seg inn i sine private, kretsende tanker og følelser. Stort arbeidspress og effektivitetskrav, kan medvirke negativt i denne sammenhengen.

Det er imidlertid viktig å få med seg at Martinsen (2000) mener at profesjonell faglig dyktighet uten å møte pasienten som menneske, ikke er mulig. Det å være profesjonell, er også å våge å være menneske.

Slik nevnt i oppgavens teoridel, er det nærliggende å nevne at det er flere faktorer som spiller inn i forhold til hvilken relasjon man skaper med pasienten. Som sykepleier som jobber tett på pasienten over tid, bør man være bevisst overførings -og motoverføringsprosesser. Informantene i studien hadde på forskjellig vis, et forhold til disse prosessene. En av informantene snakker spesielt om hvor viktig det var å skille mellom egne følelser og pasienten følelser. Informanten forteller at denne hadde et svært bevisst forhold til dette, og at denne bevisstheten hjalp vedkommende til ikke å involvere seg for mye, samt å skape en profesjonell distanse som opplevdes som viktig.

En av informantene forteller at den opplevde at den var blitt mer «kynisk og kald», og beskriver dette som en form for strategi for å unngå for tette relasjoner med pasientene. Wilstrand *et al* (2007) beskriver lignende strategier hos sine informanter. Sykepleierne i denne studien beskriver «å skru av sine følelser», eller det å bruke humor og spøk for å skape nødvendig distanse overfor pasienten. En av informantene i studien beskriver at den føler seg «kald» på en måte og det fremheves at man følelsesmessig må «skru av «deler av seg selv for å klare å stå i relasjonene.

Wilstrand *et al* (2007) fremhever videre viktigheten av å sette grenser i relasjonen til pasienten for å unngå splitting, og for å begrense selvskading hos pasienten. Deltakerne i studien uttrykte at det var utfordrende å jobbe med disse pasientene, samtidig med at forståelse, engasjement, håpefullhet og muligheten til å hjelpe også fremkom som viktig. Dette sammenfaller med funn fra denne studien. Informantene i denne studien fremhever at denne pasientgruppen oppleves som krevende å jobbe med, men at det samtidig «skjer noe» rundt disse pasientene. Informantene forteller at denne pasientgruppen er lett å like og at det er lett å finne på ting sammen med disse. Det å kunne spille spill sammen med pasienten og kanskje dra på tur, fremstår som en fin avveksling i sykepleierens hverdag.

Sykepleierens reaksjoner i møte med selvmordsnære pasienter avhenger av hvilken relasjon de skaper (Talseth, 2001). Talseth klassifiserte relasjoner i to hovedtema; distansert relasjon og nærhetsrelasjoner. I en distansert relasjon vil sykepleieren få en følelse av medlidenhet, men vil ikke evne å sette seg inn i pasientens situasjon. Utfallet av en slik relasjon er at sykepleieren vil føle seg ansvarlig når pasienten har selvmordstanker, og at sykepleieren ikke møtte pasientens følelser eller selvmordstanker. Følelsen av inkompetanse og hjelpeløshet ble på denne måten fremtredende hos sykepleieren, da de mislyktes i få kontakt med pasienten.

I en nærhetsrelasjon er sykepleieren oppmerksom også på egne følelser av tristhet og fortvilelse. Ved å lytte til pasienten og hjelpe dem til å sette ord på egne følelser, fikk sykepleieren tillitt hos pasienten og medvirket til å kunne ansvarliggjøre dem for sine handlinger (Talseth, 2001).

Pasienter med selvskadingsproblematikk er en pasientgruppe som oppleves utfordrende å jobbe med av flere grunner. En av grunnen til dette er blant annet at selve selvskadningen oppleves som vanskelig å forstå for sykepleieren, samt at alvorlighetsgraden av selvskadningen kan skape usikkerhet og frykt hos sykepleieren.

Det kan videre være vanskelig for sykepleieren å vurdere selvmordsrisiko ved selvskading. Dette utfordrer arbeidet ytterligere. Funn i denne studien tyder på at sykepleiere opplever redsel og engstelse for ikke å oppdage alvorlig selvskading eller forsøk på suicid, i tide. Informantene i studien forteller om en beredskapsfølelse som oppleves svært krevende, og som skaper slitenhet for sykepleieren over tid. Flere av informantene forteller at de er på alerten, når de er kontaktpersoner til pasienter som tidligere har skadet seg stykt, og der suicidalrisikoen er uklar. Hjort (2006) fremhever at det å ha kjennskap til pasienten, forsterker belastningene for helsepersonell, ytterligere. Du kjenner kanskje både barn, ektefelle og foreldre til pasienten, og dette gjør noe med deg som hjelper. Mennesker som har gitt opp troen på livet, og at samvær med andre kan lege sår, oppleves belastende for personalet. Selvmord er på så måte et uttrykk for den ytterste ensomhet, og er en ekstrem handling. Selvmord er en tragisk hendelse, som ofte genererer selvransakelse og skyldfølelse hos de berørte. Spørsmål dukker raskt opp om hva man kunne gjort annerledes eller hva man kunne gjort for å forhindre det. Alle som jobber i akuttpsykiatrien kommer ifølge Ilnér (2012) før eller senere til å stifte bekjentskap med dette. Selvmordsfare og selvmord er noe som bør tematiseres i avdelingssammenheng, slik at sykepleiere og helsepersonell for øvrig er mentalt forberedt på best mulig måte. Ilnér (2012) fremhever at mange tar sitt liv under behandling, og at dette er en katastrofe for behandlingsmiljøet. Helsepersonell vil kjenne på de samme følelsene som nære pårørende, etter et selvmord. Dette kan oppleves som svært belastende og følelser som fortvilelse, sinne, skyld, skam og sorg vil gjøre seg gjeldende. Mange vil kjenne det som et anslag mot egen profesjonalitet og vil kjenne på nederlagsfølelse. Slike følelser kan blant annet medvirke til nedsatt jobbmotivasjon. Noen ganger kan behandlere oppleve en form for lettelse, da pasienten ble oppfattet som vanskelig, men slike tanker fremkaller imidlertid sterk skyldfølelse (Ibid 2012). McHale & Felton (2010) fremhever at debriefing kan være til hjelp for personale som har vært i en utfordrende situasjon. Debriefingen kan bidra til en bedre forståelse og for å unngå at lignende situasjoner gjentar seg. Viktigheten av debriefing og sorgarbeid for personalet som har opplevd selvmord hos pasienten løftes fram som viktig (Hjort 2006, Ilnér, 2012). Helsepersonell må i slike situasjoner stå sammen, støtte hverandre, og bære ansvaret sammen. Hvis ikke kan fagmiljøet miste sine beste og mest erfarne fagfolk. Det å ikke få bearbeidet reaksjoner

som kan oppstå, kan føre til traumer, angst for å arbeide med slike pasienter, tretthet, utslitthet og sykemeldinger (Hjort, 2006).

Det fremkommer i studien at debrifing etter selvskade ikke er vanlig praksis.

Informanter forteller imidlertid at det å snakke med en kollega, kan hjelpe når følelsene sprenger på og det er vanskelig å komme over det en har opplevd. En av informantene forteller at det føles godt å bare få «tømme seg» og at det ikke nødvendigvis behøver å være et veldig faglig fokus og organisering av slike samtaler. Dette forteller noe om viktigheten og behovet av debrifing. Mangel av debrifing etter alvorlige selvskading, vitner om liten forståelse av hvordan helsepersonell påvirkes negativt av selvskading.

Wilstrand *et al* (2007) påpeker at sykepleiere føler seg overveldet av å håndtere balansen mellom byrde og ansvar. Sykepleierne i studien følte lite støtte fra eget team og organisasjon, og at dette medvirket til negative holdninger overfor pasienter som skader seg selv. McHale og Felton (2010) hevder at mangel på støtte fra ledelsen medførte at sykepleiere følte de sviktet de som de var forpliktet til å hjelpe. Dette koblet sammen med frykten for å havne i rettstvister, førte til at sykepleiere følte seg ukomfortable i sitt arbeid.

Stänicke (2010) forteller at det å behandle og forholde seg til personer med selvmordsproblematikk, lett introduserer skyld hos helsepersonell. Helsepersonell blir redde for å ta sjanser, og pasienten kan da lukke seg og vi går på denne måten glipp av viktig informasjon som kan hjelpe oss til å gjøre gode vurderinger i behandlingssituasjon. Behandlere kan videre bli redde for å bli holdt juridisk ansvarlig, og kan bli for opptatt av å holde egen «rygg» juridisk fri for ansvar. Redselen kan videre føre til overbekymring og rigide rammer fra helsepersonells side, og hyppig bruk av innleggelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

McHale & Felton (2010) viser til O'Donovan (2007) som hevder at risikoreducerende tiltak, som for eksempel fjerning av eiendeler og farlige gjenstander og en-til-en oppfølging opplevdes nødvendig for sykepleieren, samtidig som det følte upassende og invaderende overfor pasienten rettigheter. Resultatet ble at helsepersonell følte seg ukomfortabel i rollen. Det som her tematiseres er svært gjenkjennbart fra egen praksis. Sykepleiere og helsepersonell må stadig gå til tiltak overfor pasienten, som ikke alltid oppleves like greit å gjennomføre. En-til-en oppfølging er et tiltak som oppleves svært invaderende overfor pasientens autonomi. Kontaktperson skal da følge pasienten tett, og ikke slippe vedkommende av syne. Det sier seg selv at dette går ut over privatlivet til

pasienten. Det er i slike situasjoner viktig å bruke sunt vett, samt fremme god kommunikasjon med pasienten slik at belastningen for både pasient og pleier ikke blir for stor.

Et sentralt poeng i Martinsens omsorgsteori, er at sykepleieren må kunne identifisere seg med den svake. Vi skal tenke at rollene er byttet om, og først da kan sykepleieren yte omsorg basert på engasjement. God situasjonsforståelse er nødvendig for å beherske balansegangen mellom formynderi og unnlatelse (Martinsen 2003). Slik jeg forstår dette må jeg først evne å sette meg inn i pasienten sted, som kan innebære stor skadetrang og kanskje suicidale tanker. Jeg har kanskje lite kontroll over følelsene og livet føles verdiløst og vanskelig. I denne situasjonen kommer kanskje noen sykepleiere å tar fra meg mitt barberblad, slik at jeg ikke kan kutte meg. Der og da ville kanskje dette føltes svært invaderende og jeg ville kanskje satt meg til motverge i deres forsøk i å hjelpe meg. I ettertid, når jeg var blitt roligere og følelsene igjen var under kontroll, ville jeg kanskje ha følt takknemmelighet over de tiltakene som ble iverksatt av sykepleierne rundt meg. Når jeg tenker på denne måten kan jeg forstå hva Martinsen mener, og er enig i at sykepleieren må gripe inn i slike situasjoner.

Kari Martinsen fremhever på denne måten en myk paternalisme i sin omsorgsteori (Martinsen, 2003). Med dette forstår jeg at sykepleieren skal forsøke å inkludere pasienten i behandling som angår han selv, men at pasienten i visse situasjoner skal skånes mot å ta beslutninger som han ikke har forutsetninger for å ta. Dette skal gjøres på en slik måte at pasienten føler seg verdsatt og ivaretatt.

Det å starte som nyutdannet sykepleier innebærer ofte et tøft møte med virkeligheten. Man skal plutselig stå på egne ben som sykepleier, og kan ikke lengere lene seg på studentrollen, hvor man fikk lov til å være usikker og uerfaren. Som nyutdannet er man ofte prisgitt god opplæring, slik at man raskt klarer å håndtere problemstillinger som dukker opp på egen hånd. Læringskurven oppleves ofte bratt, men nettopp det at den er bratt, gjør at man blir tvunget til å håndtere utfordrende problemstillinger.

Sykepleieren i en akuttpsykiatrisk avdeling har et overordnet ansvar og kunnskaper om å se hele pasienten. Dette betyr at sykepleieren står i en særskilt posisjon i forhold til det å jobbe tett på pasienten. I forbindelse med selvskading er det sykepleieren spesielt som må vurdere pasientens tilstand, skadeomfang, og hvilke akuttiltak som skal iverksettes før eventuelt lege rekker å komme til pasienten. Det hviler med andre ord et særlig ansvar på sykepleierens skuldre når det gjelder arbeid med pasienter med

selvskadingsproblematikk. Dette ansvaret kan slik informantene forteller om i studien oppleves som tyngende.

Det å være forberedt på hvilke problemstillinger som en kan møte i en akuttpsykiatrisk avdeling, kan kanskje være vanskelig å forestille seg. En av informantene i studien forteller at hvis du hadde plassert en «vanlig» person inn i en alvorlig selvskadings situasjon, så ville ikke denne personen ha taklet dette.

Gjennomgående i alle informantenes fortellinger er hvor utfordrende og vanskelig selvskadingsepisoder var for alle når de var fersk sykepleier og hadde liten erfaring med selvskadingsproblematikk. Samtlige informanter forteller om store problemer med å takle det de så og opplevde, og hvordan de tok jobben med hjem i forskjellige former. Noen grublet og grunnet over hva det var de hadde opplevd, andre hadde ekle minner de ikke klarte å kvitte seg med. Informantene forteller videre at disse tidlige erfaringer, på sett og vis har vært med på å herde dem som sykepleiere. De forteller alle om sterke og rystende selvskadingsepisoder, som har «hengt ved», men som samtidig har styrket dem og medvirket til at de ikke lengere reagerer så sterkt i lignende episoder i dag. Det å bevare ro og kunne fremstå som profesjonell oppleves videre som viktig for dem som sykepleiere.

Kari Martinsen (2005) snakker om hvordan den erfarne sykepleieren viser den uerfarne studenten/sykepleieren om hva skjønn (omdømme) er, hva håndlag er, og hva gode sykepleierholdning er. Det er her snakk om en kunnskap som viser seg gjennom et institusjonalisert handlingssett. Martinsen (2005) hevder at denne kunnskapen ikke kan formuleres i eksakt språkbruk og i presise og entydige begreper. Denne «tause» kunnskapen viser seg gjennom mesterens håndlag, hvor fagets normer, ulike prosedyrer og faktakunnskap er integrert. «Taus» kunnskap viser seg videre gjennom mesterens råd, vink og samtaler med den uerfarne studenten/sykepleieren i det praktiske felt. Kunnskapen bygger seg på denne måten opp, gjennom en rad av eksempler, som igjen gir ulike perspektiver på pleie.

Martinsen artikulere her nettopp det som nevnes innledningsvis i dette avsnittet. Nyutdannede sykepleiere er prisgitt god opplæring, i form av å få jobbe sammen med en «mester». På denne måten får sykepleieren erfaring på en trygg og håndgripelig måte. Det å kunne jobbe sammen med en erfaren og trygg kollega, sikrer etter mitt syn både pasient og sykepleieren selv, en god og forsvarlig situasjon.

Flere av informantene snakker om det å ha «is i magen», og jeg tenker i denne forbindelse at dette har noe med en form for taus kunnskap å gjøre.

«Is i magen» kan for mange som jobber innenfor psykiatrien, sikkert fremstå som et kjent uttrykk. Utrykket kan være vanskelig å definere, da det ofte bare eksisterer på folkemunne, og reflekterer en følelse mer enn faktiske forhold. Det er dog et uttrykk for en empirisk kunnskap som vanskelig lar seg definere i akademiske termer, men som samtidig danner grunnlag for en måte å håndtere utfordrende problemstilling på.

En av informantene forteller om en spesiell hendelse, der vedkommende fikk en følelse av at noe ikke stemte. Når vedkommende sjekket til pasienten, hadde pasienten skadet seg stygt. Slike episoder genererer ofte mye frykt hos sykepleieren. Informanten undrer seg videre over hva det var som gjorde at vedkommende *viste* at noe var i gjerde, og hva som fikk vedkommende til å sjekke til pasienten med tettere intervaller enn det som var bestemt. Det er her nærliggende å trekke inn begrepet om *taus kunnskap*. Sykepleieren opplever i denne situasjonen at «noe» er i gjerde, og følger derfor pasienten ekstra tett opp.

Polanyi satte i 1967 begrepet *taus kunnskap* på agendaen, og rette i denne sammenhengen et kritisk blikk på datidens dominerende positivistiske vitenskapssyn. Polanyis (1967) poeng er at læring skjer med utgangspunkt i noe vi allerede har lært, og at den tause kunnskapen ikke kan utnytes i påstandsform. Dette betyr at vi ikke kan stille spørsmål ved alle våre antakelser samtidig (Polanyi, 1967).

Slik jeg forstår dette, spiller altså erfaring en sentral rolle i den tause kunnskapen. Alt det jeg vet fra før, spiller en avgjørende rolle. Sykepleieren hadde med andre ord, i denne situasjonen, en erfaring som medvirket til at oppfølgingen ble oppjustert, og sykepleieren avverget på denne måten at pasienten skadet seg livstruende. Både Polanyi, Molander og Martinsen er alle talsmenn for denne dimensjon av erfaringsbasert kunnskap i sykepleien. Molander fremhever kunnskap som levende kunnskap. Kunnskap i handling er den levende kroppens kunnskap, som er i stadig bevegelse (Molander, 1996).

«Kronisk suicidalitet» og pasienter med borderline. Fortell litt om at dette skaper mye frykt hos sykepleieren. Se også til at denne delen fortelles om i teoridelen i oppgaven.

5.4 Avslutning

Denne studien har belyst hvilke belastninger sykepleiere opplever i sitt arbeid med pasienter med selvskadingsproblematikk. Utvalget besto av fire sykepleiere som jobbet med selvskadende pasienter i en akuttpsykiatrisk avdeling. Det ble benyttet semistrukturert intervju som metode for datainnsamling. Etter analysen av studiens datamateriale, fremkommer det funn som grovt sett kan deles i to kategorier. Disse kategoriene er: Systemfrustrasjon og relasjonsrelaterte belastning. Kort oppsummert kan funn i studien tyde på at sykepleiere opplever belastning på to ulike arenaer. På den ene siden kan det se ut som at sykepleiere som jobber med pasienter med selvskadingsproblematikk, opplever belastning på «systemnivå», og på den andre siden på et individuelt nivå.

«Systemnivå» kan forstås som den overordnede strategi eller den terapeutiske tenkning som ligger til grunn på avdelingen der sykepleieren jobber. Nasjonale retningslinjer og føringer kan også forstås inn i dette begrepet. Det kan synes som om forskning, både på nasjonalt og internasjonalt hold ikke kommer godt nok ut til sykepleiere og annet personale. Arbeidet med selvskadende pasienter kan da oppleves å bli planløst og ad hoc, og medfører belastninger hos sykepleierne. Funn peker på at sykepleiere ønsker mer undervisning og forskning på problemstillinger rundt denne pasientgruppen. Bedre rutiner for kommunikasjon mellom helsepersonell fremkommer også som et behov. Sykepleiere rapporterer om belastninger og uheldige situasjoner der sykepleiere, kirurger, og annet helsepersonell ikke forstår fenomenet, og hvor pasienten blir stående i skvis mellom faglige drøftinger og diskusjoner. Informantene opplever at pasientene, som følge av faglige uenigheter ikke får god nok omsorg, og lider under dette. Det yteres et sterkt ønske fra sykepleierne om et mer samlet fagmiljø, med klarere retningslinjer for hvordan man håndterer problemstillinger rundt selvskadende pasienter, samt bedre rutiner for spredning av ny forskning. Jevnlige fagdager og etablering av ulike dagtilbud for pasienter med selvskadingsproblematikk, løftes vider fram som hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

Belastninger på individuelt nivå innebærer forskjeller, da med utgangspunkt at hvert individ har sin måte å reagere på, samt å håndtere utfordringene situasjoner på. Det fremkommer imidlertid som tydelig at noen belastninger oppleves mer fremtredende enn andre.

Funn tyder på at sykepleieren opplever å måtte stå i utfordrende problemstillinger, der engstelse for at pasienten skal skade seg alvorlig eller i verste fall dø, tidvis preger arbeidshverdagen.

Maktesløshet og avmaktsfølelse er gjennomgående som beskrivelse hos de fleste informantene. Maktesløshetsfølelsen er ofte forbundet med følelsen av å ikke gjøre en god nok jobb, eller det å ikke oppleve at pasienten blir bedre. Frustrasjon over å ikke nå inn til pasienten, eller å klare å finne en løsning sammen med pasienten, oppleves som utmattende og vanskelig. Flere av sykepleierne rapporterer at de ikke har klart å stå i dette arbeidet, og har måtte gå ut av behandlingsgruppen. Relasjonen med pasienten har blitt for tett og krevende for sykepleieren, og det har blitt nødvendig for sykepleieren å bryte ut av denne relasjonen. Flere informanter sier at det er utfordrende å opprettholde en profesjonell distanse med pasienter som man jobber tett på over lang tid.

Flere informanter sier at de på ulik måte tar jobben sin med hjem, og at dette er krevende. De forteller at både sterke synsinntrykk etter selvskading, og påfølgende krevende tankevirksomhet kan «henge igjen» i lang tid etter selvskadingsepisoder. Informantene forteller imidlertid at de er blitt mer herdet med tiden, og at de ikke lengere reagerer så sterkt på selvskading. Det å kunne fremstå rolig og kunne inngi kontroll, fremstår som viktige egenskaper hos sykepleierne. Dette er ikke alltid like lett, og sykepleierne rapportere at de aldri helt klarer å forstå selvskadings funksjon. Engstelse for at pasienten skal dø, oppleves som svært tyngende for sykepleieren. Pasienter som selvskader, der det også er en overhengende fare for suicid rapporteres som en av de vanskeligste problemstillingene å stå i for sykepleieren. Selvmordsrisiko generere mye angst, redsel og også sinne hos sykepleieren. Flere informanter forteller om episoder der de har stått på nippet til å miste besinnelsen, fordi de har blitt så redd. Det å «miste sin profesjonalitet» fremstår som et sårbart punkt hos sykepleieren. Noen av informanter fremhever at støttesamtaler med kollegaer eller debrifing i etterkant av alvorlige selvskadingsepisoder, har vært til hjelp.

5.4.1 Implikasjoner for praksis

Etter å ha gjennomgått funn i denne studien, peker resultater mot at det er et stort behov for mer undervisning, og kursing av sykepleiere om hvordan de skal møte, forstå og håndtere pasienter med selvskadingsproblematikk. På tross av et høyt utdanningsnivå hos informantene, samt lang fartstid innenfor akuttpsykiatrien, fremstår det som at

sykepleierne fortsatt strever med å forstå selvskadningens funksjon, og hvordan man kan være til hjelp på best mulig måte. Støtte fra kollegaer og ledelse fremstår videre som svært viktig, og kan motvirke belastninger på sykepleierne som følge av utfordringer de møter i sitt arbeid med denne pasientgruppen. Det synes videre som viktig med et mer samkjørt helsevesen (somatiske avdelinger og psykiatriske avdelinger) slik at man unngår gnisninger og unødige diskusjoner mellom helsepersonell fra de ulike avdelingene.

God opplæring og ivaretagelse når man kommer som nyansatt sykepleier, er av stor betydning. Jevnlig veiledning og debrifing etter alvorlige selvskadningsepisoder eller forsøk på suicid synes viktig å ha fokus på i avdelingen, også fra ledelsesnivå.

5.4.2 Videre forskning

Det fremkommer som viktig og nødvendig med mer forskning på hvordan sykepleiere i den kliniske praksisen kan møte utfordringer og begrense belastninger, som beskrevet i denne studien. Det hadde i denne sammenhengen vært spennende å se nærmere på selvskadningsepisoder som ble *avverget*, og hva sykepleiere konkret gjorde i denne situasjonen. Det hadde på denne måten vært spennende å vite mer om hvilke de- eskalerende faktorer som sykepleiere erfarer som virksomme overfor selvskadende pasienter. Kunnskaper om dette kan forebygge, samt synliggjøre ulike verktøy som helsepersonell kan bruke for å forebygge selvskadning hos pasientene.

6.0 LITTERATURLISTE

Austgard, K. (2002) Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien. Oslo. J.W. Cappelens Forlag AS.

Bengtsson, J. (2006) *Å forske i sykdom- og pleieerfaringer*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.

Berg, J. E., Eikeseth, P.H., Johnsen, E., Restad, A. (2007) *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger. Hartevig Forlag

Hjemsæter, A.J. Eggen, R. Eiring, Ø (2008) *Selvskading og selvmordsforsøk*. Clinical Evidens.

Hummelvoll, J.K. (2003) Å arbeide i akuttpsykiatrien. Målsetting, idégrunnlag og postkultur. I: Hummelvoll, J.K. (Red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo. Universitetsforlaget.

Dallan, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Diagnostic and Statistical manual of Mentale disorders DSM IV. 4. utg. Warington, D.C.: American Psychiatric Assosiation, 1994.

Ekeberg, Ø. (2009) *Pasienter med selvpåført forgiftning i medisinske avdelinger*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr 9; 129:882-4

Everett, E. Furuseth, I. (2012) *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*. Oslo. Universitetsforlaget AS

Fallon, P. (2006) Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10:393-400.

Favazza, A.R. (1990) Treatment for patients with self-injurious behavior. *American Journal of Psychiatry*, 147-954.

Favazza, A.R. (1992) *Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Gabbard, G.O., Wilkinson, S.M. (1996) *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels forlag.

Gratz, K.L. (2003) *Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review*. Clin Psychol Sci Pract ; 10: 192-205.

Hammer, J. Wilhelmsen, K. Strand, M og Våle, G.B. (2013) *Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern*. Norsk sykepleierforbund. Forskning nr. 1, 2013;8:46-52 doi. 10.4220/sykepleienf.2013.0010.

Hawton, K. Kingsbury, S. Steinhardt K et al. (1999) *Repetition of deliberate self-harm by adolscnt: the role of psychological factors*. J.Adolesc ; 22:396-78.

Hjort, H. (2006) *Den etterlatte terapeuten*. Suicidologi 2006, Årg.11, Nr 2.

Ilnes, S.O. (2012) *Akuttpsykiatri*. Oslo. Akademiske Forlag

Jørstad, J. (1999) Å hjelpe den som vil dø, til å leve. I Mehlum, L. (red). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis (ss. 205-217)*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Karterud, S. (2001). Et historisk perspektiv og en drøfting av sentrale begreper. I Karterud, S., Urnes, Ø. og Perderson, G (red). *Personlighetsforstyrrelse. Forståelse, diagnostikk, evaluering, kombinert gruppebehandling (ss. 19-34)*. Oslo. Pax Forlag.

Karterud, S., Wilberg, T., Urnes, Ø. (2010) *Personlighetspsykiatri*. Oslo. Gyldendal Akademiske Forlag AS.

- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (1996) *Generell sykepleie- bind 1*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (2008) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Levenkron, S. (1998) *Cutting. Understanding and overcoming self- mutilation*. New York/London: W.W.Norton and company.
- Linehan, M. (1993) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lund, E.C. (2006) Terapeuters reaksjoner i møte med strekt traumatiserte klienter. I Anstorp, T., Benum, K. og Jakobsen, M. (red). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (ss. 247-261). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lunde, S. Hem, E. (2009) *Å angripe egen kropp*. Tidsskrift Den norske legeforening Nr. 8; 129;754-8.
- Mattson, Å.L., Binder, P-E (2012) *A qualitative exploration of health care workers in an inpatient setting in Norway experience working with patients who self-injure*. Nordic Psychology. Vol. 64, No. 4, 272-290, <http://dx.doi.org/10.1080/19012276.2012.768034>
- McHale, J. Felton, A. (2010) *Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm*. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing., 2010, 17, 732-740.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K mfl. (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child&Adolsent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: 667-677.

- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring. 3.utgave.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K (2003) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien.* (2.utg. Otta. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet.* Polen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin.* (2. utg.) Otta. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen.* Oslo. Akribe AS.
- Marra, T. (2005) *Dialectical Behavior Therapy in Private Practice. A practical & Comprehensive Guide.* Oakland, CA:New Harbinger Publications.
- Mehlum, L. Holseth, K. (2009) *Selvskading- hva gjør vi?* Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 8; 129:759-62.
- Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling.* Göteborg. Bokförlaget Daidalos AB.
- Måseide, P. (1997) *Feltarbeid i ekspertorganisasjoner: sjukehuset som arena for sosiologisk forskning. I: Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo. Universitetsforlaget, s. 94-116.
- Narud,K., Mykletun, A., Dahl. A.A. (2005) *Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic . BMC Psychiatry 2005;5: 10*
- Natvik, R. S. (1997) *Sykepleieetikk.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Paulgaard, G. (1997) *Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossåskaret, E. Fuglestad, & Aase, T.H. (red). Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo. Universitetsforlaget, s. 70-93.

- Polanyi, M. (1967) *Den tause dimensjon*. En introduksjon til taus kunnskap. Oslo. Spartacus Forlag AS 2000.
- Polit, D.F, Beck,C.T. (2012) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9.edition. China. Lippincott Williams & Willkins.
- Postholm, M.B. (2005) *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Ruud, G., Gråwe, R.W., Hatling, T. (2006) *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge: Resultater fra en multisenterstudie*. Oslo. Sintef Helse.
- Ryen, A. (2006) *Det kvalitative intervju. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. (2.oppl.) Bergen. Fagbokforlaget.
- Skårderud, F (1998) *Kroppstanker. Kropp-kjønn-idehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. Haugsgjerd, S. Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken. Sinn- kropp- samfunn*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Sommerfeldt, B og Skårderud, F. *Hva er selvskading?* Tidsskrift for Den norske legeforening, No 8; 129: 754-8.
- Talseth, A-G. (2001). Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepersonell. *Suicidologi*,6, 21-22.
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjora, A.(2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo. Gyldendal Norske Forlag AS.

Urnes, Ø (2009) *Selvskading og personlighetsforstyrrelse*. Tidsskrift for den norske legeforening Nr.9; 129: 872-6.

Moen, H (2004) Teoretisk bakgrunn. I :Waldenstrøm, E. (2004). *Den lindrende smerten. Om selvskading*. Rapport fra et prosjekt ved psykiatrisk sykehusklinikk Sykehuset Telemark HF. Rapport.

Wagner, B.M. Wong, S.A. Jobes, D.A. (2002) *Mental health professionals`determinations of adolscent suicide attempts*. Suicide Life Threat Behav 32:284-300.

Walsh, B.W., Rosen, P.M. (1988) *Self-mutilation. Theory. Reaserch, and Treatment*. New York, London: Gilford Press.

Weight,E,J. og Kendal, S. (2012) *Staff attitudes towards inpatients with borderline personal disorder*. Mental health Practice. Vol.17, nr. 3.

Wilstrand, C. Lindgren, B-M. Gilje, F. Oloffson, B. (2007) *Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses´ experiences caring for patients who self-harm*. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing, 2007, 14, 72-78.

Ystgaard, M. Reinholdt, NP. Husby,J et al. (2003) *Villet egenskade blant ungdom*. Tidsskrift for Den norske legeforening. 123:2241-5.

Øverland ,S .(2006) *Selvskading- en praktisk tilnærming*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjerke.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«På hvilken måte kan sykepleiere oppleve belastning av å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk i en akuttpsykiatrisk avdeling?»

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om deltakelse i en forskningsstudie for å se nærmere på hvilke erfaringer du som sykepleier i en akuttpsykiatrisk avdeling, har med å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk, og hvordan dette har påvirket deg.

Jeg ønsker å finne mer ut av hvilke belastninger sykepleiere kan oppleve av å arbeide med selvskadende pasienter.

Du er valgt ut til å kunne delta i denne undersøkelsen, da du jobber på i en akuttpsykiatrisk avdeling, og har opplevd selvskadingsproblematikk. Studien er min mastergradsoppgave i tilknytning til min studie i psykisk helse ved institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet.

Veileder for prosjektet er professor Jürgen Kasper ved Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker i denne sammenhengen å intervju deg om dine tanker rundt selvskading og opplevelsen rundt det å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg har på forhånd meldt mitt prosjekt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Informasjonen som registreres om deg skal kun benyttes slikt som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Jeg vil derfor benytte et fiktivt navn som knytter deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har adgang til denne kodingen. Det skal på denne måten ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når det publiseres.

Jeg planlegger å ferdigstille prosjektet/avlegge eksamen vår 2015. Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres senest 21.11.2015. De opplysninger jeg får av deg, vil bli analysert sammen med datamateriale fra de andre informantene, og vil sammen med litteratur og tidligere forskning, danne grunnlagsmaterialet i min masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn, trekke ditt samtykke til deltakelse i studien. Opplysninger du da har gitt meg, vil umiddelbart bli slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du på et senere tidspunkt ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte: Grethe Karlstad, mobil: 48263038

Rett til innsyn

Hvis du svarer ja til deltakelse i studien, har du rett til innsyn i hvilken opplysning som er registrert på deg.

Jeg håper du finner mitt prosjekt interessant og at du ønsker å delte. Jeg vil på forhånd takke for at du er villig til å delta. Jeg ønsker at du fyller ut vedlagte samtykkeerklæring i vedlagt konvolutt (ferdig frankert) og returnerer denne til meg innen 14 dager. Når jeg har mottatt din samtykkeerklæring vil jeg ta kontakt med deg på telefon og avtale tid og sted for intervju. Jeg vil så langt det er mulig prøve å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

«På hvilken måte kan sykepleiere oppleve belastning av å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk i en akuttpsykiatrisk avdeling?»

Jeg (skriv ditt navn her).....

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet.

Dette innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent..... til intervju om mine erfaringer og tanker rundt det å jobbe med pasienter med selvskadingsproblematikk, og hvordan dette påvirker meg som sykepleier.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltakelse.

.....den.....2014

Sted

.....
Signatur

.....
Kontaktadresse

.....
Mobilnr.

.....
e-post

.....
Tlf jobb

.....
e-post jobb

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

Inngangsspørsmål:

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet i akuttpsykiatrien/denne posten?

Selvskading og tanker rundt dette:

- 1) Fortell kort om din bakgrunn for arbeid med selvskadende pasienter.
- 2) Hva legger du i begrepet selvskading?
- 3) Hvordan reagerer du på /i selvskadingsepisoder, og hva tenker du er viktige egenskaper i dette møtet?
- 4) Hvordan jobber du for å avverge/forutse selvskadingsepisoder?

Belastninger.

- 1) Jeg ba deg i forkant av intervjuet om å tenke ut en selvskadingssituasjon som har gjort inntrykk, og hvor jeg ønsket at du skulle vektlegge egne følelser og tanker rundt denne situasjonen. -Kan du fortelle om denne situasjonen?
- 2) På hvilken måte kan arbeidet med pasienter med selvskadingsproblematikk oppleves belastende for deg personlig?
- 3) Hva tenker du kan gjøres for å redusere graden av belastning?

Avslutning.

- 1) Anser du arbeidet med pasienter med selvskadingsproblematikk som viktig, og har du tanker om hvordan man kan jobbe annerledes med denne pasientgruppen?
- 2) Er det noen positive sider ved dette arbeidet som du vil trekke frem?
- 3) Er det noe mer du vil tilføye/fortelle?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Jurgen Kasper
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 22.12.2014

Vår ref: 40867 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.11.2014.
Meldingen gjelder prosjektet:

*40867 Å jobbe med selvskadende pasienter, hva er problemet med det? En
kvalitative studie om sykepleierens opplevelse av
selvskading*

*Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste
leder*

Daglig ansvarlig Jurgen Kasper

Student Grethe Karlstad

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

7

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.11.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Grethe Karlstad grethe.k@123.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40867

Data innhentes ved personlig intervju med sykepleiere som har erfaring med selvskadning blant pasienter.

Utvalget får skriftlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker direkte til studenten.

Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet tilfredsstillende, men vil anbefale at følgende endres/tilføyes;

- Denne formuleringen om NSD slettes: "og forholder meg til deres retningslinjer om oppbevaring og makulering av datamaterialet"
- Navn og kontaktopplysninger til veileder tilføyes.
- Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres senest 21.11.2015.

Revidert informasjonsskriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no for arkivering.

Personvernombudet legger til grunn at det fra intervju med sykepleier ikke samles inn og registreres opplysninger som kan identifisere tredjepersoner, her ment pasienter.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger UiT sine interne rutiner for datasikkerhet:

http://uit.no/Content/302401/UiT-Rutine_PersVernForskStud_120420.pdf

Dersom personopplysninger skal lagres på privat bærbar pc og minnepenn (fremfor forskningsserver ved UiT), bør det avklares med UiT og opplysningene krypteres tilstrekkelig. Navn lagres fysisk adskilt fra innsamlede opplysninger.

Forventet prosjektslutt er 21.11.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) - slette lydopptak.

Vedlegg 5

Skjematisk framstilling av analyseprosessen:

