



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for Helse og Omsorgsfag

Hvilke utfordringer møter psykiatriske sykepleiere på, i relasjon til unge jenter med selvskading?

En kvalitativ studie fra to døgnenheter i Finnmark

—

Per-Gunnar Arnesen

Masteroppgave i Psykisk Helse Hel-3902 Mai 2015



Forord

Det å arbeide med denne oppgaven har vært en prosess som har mer eller mindre pågått i to og et halvt år. Det har vært krevende samtidig som det har vært utfordrende. Det har gitt meg en mulighet til å gå dypere inn i temaet, som igjen har ført til ny kunnskap og forståelse om fenomenet selvskading.

Jeg vil rette en stor takk til alle de psykiatriske sykepleierne som stilte opp og gjorde studiet mulig. Dette til tross for travle dager inne i døgnenhetene.

Videre vil jeg takke min faglige veileder gjennom de tre årene i masterstudiet Oddny Iglund som har gitt med gode faglige tilbakemeldinger og veiledning. Omstendighetene ville det slik at jeg underveis var nødt til å bytte veileder og vil også takke veileder Grete Mehus for gode tilbakemeldinger og veiledning i skriveprosessen.

Til slutt vil jeg ikke minst takke min familie som har utvist stor tålmodighet med meg gjennom snart 19 år med utdanninger og videreutdanninger. Tusen takk for all støtte.

Per-Gunnar Arnesen
Mai 2015

Sammendrag:

Bakgrunn: Selvskading er i dag et svært aktuelt fenomen som blir viet stor oppmerksomhet fra omgivelsene rundt. Unge jenter med selvskading blir beskrevet som utfordrende å arbeide med og forholde seg til når de befinner seg inne i psykiatriske døgnenheter. Vanligste formen for selvskading hos unge jenter er kutting, og derfor legger studiet vekt på denne formen. Jentene preges av manglende stabilitet til andre mennesker. Manglende tilknytning, eller overgrep tidligere i livet gjør at de preges av dette når de søker relasjoner til andre mennesker.

Formål: Temaet i denne studien er: Hvilke utfordringer møter psykiatriske sykepleiere på, i relasjon til unge jenter med selvskading? Samtidig ønsker en å se om det er noe som kan gjøres for å møte disse.

Metode: Jeg har i studiet brukt kvalitativ metode for å belyse tema og problemstilling. Informantene i undersøkelsen er psykiatriske sykepleiere som arbeider ved døgnenheter i Finnmark. Selve datainnsamlingen ble utført ved bruk av semistrukturert intervju og analysen ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, hvor en så tema som utkrystalliserte seg tidlig.

Resultat: Studiet viste at det var mange utfordringer rundt det å arbeide med fenomenet selvskading. Utfordringer som gikk på vanskelige følelser hos de psykiatriske sykepleierne, utfordringer i selve miljøterapien til de unge jentene, utfordringer rundt det tverrfaglige samarbeidet inne i døgnenhetene og til slutt rurale utfordringer ved å befinne seg i Finnmark.

Oppsummering: En kan kanskje si at det finnes like mange utfordringer som der finnes årsaker til selvskading. Først og fremst ser en at det å være i Finnmark alene kan gi store utfordringer da det er langt til nærmeste akutte psykiatriske sykehus. Selvskadingens uforutsigbarhet og at dette kan skje i affekt, gjør det vanskelig for de psykiatriske sykepleierne å takle følelser underveis. Videre viste studiet at negative holdninger inne i døgnenhetene var en utfordring som de psykiatriske sykepleierne syntes var svært utfordrende å takle. For å møte disse utfordringene sier forskning at en bør lage arena der både pasienter og personalet kan snakke sammen om det som er vanskelig og at der kreves at personalet inne i døgnenhetene får økt sin kompetanse for å finne forståelse av hva som ligger bak selvskading hos en ung jente. Det å gi anerkjennelse og at en ser mennesket bak selvskadingen, vil være med å løse mange av disse utfordringene.

Nøkkelord: Psykiatriske sykepleiere, selvskading, utfordringer, relasjoner

24 947 ord.

Abstract:

Background: Self-harm is today a very current phenomenon, and is given a lot of attention from the environment. Young girls who self-harm are challenging to work and conduct with, when they are in a psychiatric ward. The most common form of self-harm among young girls, is that they cut their arms and legs, so this study focuses on this form. The girls show signs missing the stability of their lives. Lacking attachment, or having been through a lot of hardship with sexual abuse, makes it difficult when they are seeking relationship with other people.

Aims: How does the psychiatric nurses meet the challenges, in the relationship to younger girls with self-harm? The second question - is there anything to do with these challenges.

Method: The study is based on a qualitative research method, using semi-structure interviews for psychiatric nurses working in continuous psychiatric ward in Finnmark. The analysis was carried out using qualitative content analysis, where this topic stood out.

Results: The study shows that there are many challenges working with young girls who self-harm. The first challenges showed how difficult emotions affect the psychiatric nurses, and secondly how hard it is to work with these young girls inside the psychiatric ward. The third challenges was how hard it is to work if there are problems among the staff working inside the ward. The last challenges was rural placement. Because of the distance to the nearest psychiatric hospital, the nurses had to improvise before they got the help.

Summary: The study showed that there are many challenges in dealing with, as there are reasons to perform self-harm. First, there was rural challenges working in Finnmark. Because it is unpredictable and was carried out in a state of excitability, self-harm gives the nurses some emotional challenges. Negative attitudes and behaviors among the staff was a problem the nurses pointed out. To meet all these challenges the staff and the patients need to sit down to talk and work through the difficulties that makes these challenges. It is also necessary that the staff get proper education to understand the meaning of why a young girl commit self-harm. Giving acknowledge and to seeing the individuals behind the self-harm, can help in meeting these challenges in the future.

Keywords: Psychiatric nurse, self-harm, challenges, relationships

Innholdsfortegnelse

1.0	Inntroduksjon	Side	1
1.1	Bakgrunn for studiet		1
1.2	Forekomst av selvskading		2
1.3	Begrepet selvskading		3
1.4	Risikofaktorer og årsaker til selvskading		5
1.5	Relasjonens betydning		8
1.6	Problemstilling		9
1.7	Oppgavens disposisjon		9
2.0	Teoretisk tilnærming	Side	11
3.0	Metode og materialet	Side	15
3.1	Kvalitativ metode		15
3.2	Forforståelse		17
3.3	Intervju som metode		19
3.4	Utvalg og rekruttering		20
3.5	Gjennomføring av intervju		20
3.6	Transkribering		21
3.7	Kvalitativ innholdsanalyse		22
3.8	Forskningsetiske overveielser		24
3.9	Pålitelighet og gyldighet		24
4.0	Presentasjon av funn med drøfting	Side	26
4.1	Emosjonelle utfordringer		26
4.1.1	Utfordringer når en føler frustrasjon og utilstrekkelighet i møte med selvskading		27
4.1.2	Utfordringer når en føler redsel og uro		28
4.1.3	Selvskading og stress		30
4.2	Utfordringer i miljøterapien til unge jenter med selvskading		30
4.2.1	Utfordringer når selvskading brukes som kommunikasjon		33
4.2.2	Utfordringer ang. sympati vs. antipati ved selvskading		35
4.2.3	Selvskading og straff		37
4.2.4	Selvskading og smerte		37
4.2.5	Selvskading og tilgjengelighet - kontinuitet og regelmessighet		40
4.2.6	Nærhet og distanse		42
4.2.7	Selvskading og miljøet		43
4.2.8	Selvskading og skam		46
4.2.9	Plikter og ansvar		48
4.2.10	Selvskading og dissosiasjon		49
4.3	Utfordringer i forhold til tverrfaglig samhandling		50
4.3.1	Splittelser i arbeidsgruppene		50
4.3.2	Holdninger i personalgruppa		51
4.4	Rurale utfordringer		56
5.0	Avslutning	Side	58

Litteraturliste

Vedlegg: 4

1.0 Introduksjon

Selvskading hos pasienter er blitt sett på som svært utfordrende å arbeide med. Fenomenet selvskading har ifølge Skårderud blitt et mer vanlig syn (Skårderud 2006, Dåstøl 2008, Rovik 2007). Selvskading er i dag blitt et større problem for det psykiatriske helsevernet, og et tema som i dag blir sett på som vanskelig å forholde seg til (Aarre, Bugge og Juklestad 2009). Historisk sett har der vært skille mellom de kliniske miljøene og forskningsfeltet. Det har vist forskjeller mellom teori og praksis, men undersøkelser av fenomenet selvskading har vært verdifullt. Det å undersøke praksisfeltet har vært viktig for å kunne finne svar som kommer pasientene til gode. Ifølge Øverland (2006) blir mange pasienter overført til skjermede enheter eller til avdelinger uten å forstå hvorfor. Mye tyder på at personalet har vært usikre på hvordan de skal møte disse pasientene. Samtidig settes de psykiatriske sykepleierne på utfordringer, når pasientene legger ut om sine vanskelige og traumatiske opplevelser gjennom livet (Øverland 2006).

1.1 Bakgrunn for studiet

Tema for denne studien er selvskading som fenomen blant unge jenter. Sentralt i studien står det å skape relasjon til denne unge jenta med selvskading. Når en forsøker å skape en relasjon innenfor psykisk helsevern kan en forvente å møte på noen utfordringer (Sosial – og helsedepartementet 2008). Det er disse utfordringene som opptar meg som forsker. Målet er i utgangspunktet å ivareta de unge jentenes psykiske helse for så å kunne hjelpe disse videre i livet.

I 1992 uttalte den amerikanske psykiateren Armando R. Favazza at selvpåført kroppsskade vil være en av de lidelsene som ville øke mest i årene som kommer. Skårderud snakker igjen om at kroppsskade ville være den neste store ukjente lidelsen som blir oppdaget (Favazza, A.R. 1992, Skårderud & Sommerfeldt 2009).

I en undersøkelse gjort blant ungdom i flere europeiske land samt Norge, viste det seg at villet egenskade var et vanlig problem. Den såkalte CASE-studien (Child and Adolescent Selfharm in Europe) tok for seg alle elever på første trinn i videregående skoler i to fylker i Norge, Hedmark og Oppland, og foregikk i årene 2000 og 2001. Der var til sammen 4060 personer som deltok. Hensikten var blant annet å kartlegge forekomsten av villet egenskade blant ungdom og om der ble gitt tilstrekkelig hjelp for disse. Resultatet viste at 434 elever (10,7 %) rapporterte om villet egenskade, og at 266 elever (6,6 %) av disse hadde gjennomført minst en episode med selvskading det siste året. Blant disse var det tre ganger så mange jenter som

gutter som hadde bedrevet selvskading i form av å kutte seg selv (Ystgaard 2003, Ystgaard 2001, Sandlie & Ystgaard 2007).

Gjennom mange år som psykiatrisk sykepleier har jeg vært vitne til en økning hvor unge jenter kommer til lege eller til sykehus med sin selvskadingsproblematikk. Hummelvoll (2004) sier at selvskading er en vanlig årsak til at personer søker akutt psykiatrisk hjelp. Årsakene til selvskadingen kan være mange. Mine erfaringer sier at det til tider kan være vanskelig å gi denne pasientgruppen en optimal oppfølging, spesielt i Finnmark da vi befinner oss i et stort geografisk område, uten psykiatrisk sykehus og hvor det er langt mellom behandlere. Personlig har denne pasientgruppen gitt meg mange utfordringer i min arbeidshverdag ute i kommunen med tanke på hvordan disse pasientene skal følges opp. Tanken bak prosjektet mitt er å finne ut om det er noe som kan gjøres med de utfordringene som de psykiatriske sykepleierne opplever i praksis. Jeg har selv opplevd å kjenne frustrasjon og hatt følelse av utilstrekkelighet når jeg har arbeidet med denne pasientgruppen. Videre har jeg erfart at det er forskjeller på fenomenet selvskading med tanke på kjønn, og at det er forskjeller på hvordan helsevesenet tar imot disse pasientene når de oppsøker legevakt eller akuttmottak i etterkant av selvskading. Unge jenter driver en mer utbredt selvskadende atferd som dreier seg om kutting, mens gutter driver en mer alvorlig form som overdoser eller intoksikasjoner av medikamenter som metode for sin selvskading (Ystgaard 2003, Hawton & al. 1997, Helsedirektoratet 2014). Dette gir seg utslag i at de tas imot på forskjellige måter. Forgiftningene krever akutt innleggelse i somatisk sykehus for avgiftning, mens jentene opplever å bli sydd og sendt hjem etter en kort samtale. Jentene bærer sine arr, og vil derfor være mer synlig i sin selvskadende atferd, enn hva guttene opplever. I noen alvorlige tilfeller henvises disse unge jentene til videre behandling i døgnenheter på distriktpsikiatriske sentre (DPS) som er bygd opp rundt omkring i landet. Så på bakgrunn av dette har jeg hatt lyst til å finne ut om psykiatriske sykepleiere som arbeider inne i disse døgnenheter har de samme utfordringene som en ser ute i kommunene, og hvilke utfordringer de møter der med tanke på å bygge relasjonene til unge jenter med selvskading, og jeg har valgt å legge fokus på fysisk selvskading i form av kutting.

1.2 Forekomst av selvskading

Det finnes ikke helt presise tall for hvor ofte selvskading forekommer blant normalbefolkningen. Derimot viser noe forskning at blant yngre jenter er forekomsten hyppigere når det gjelder fenomenet selvskading. Innen de siste årene har tall som er fremkommet i Danmark vist at 15,9 % av jentene på gymnaset skadet seg selv (Simonsen & Møhl 2010).

I Storbritannia ble det gjort en undersøkelse blant 6000 elever mellom 15 og 16 år, der viste tallene at 400 elever (6,9 %) hadde bedrevet selvskading innenfor det siste året. Andre undersøkelser viste at tallet på unge jenter med selvskading var økende (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall 2002, Hawton, Hall & Simkin 2003).

Som nevnt er det gjort undersøkelser i Norge i 2000 og i 2001 hvor de konkluderte med at 10,7 % av de spurte rapporterte selvskading. I 1997 og i 2004 ble det gjennomført to spørreundersøkelser blant elever ved første året på videregående skoler i Bergen. Tallene fra disse undersøkelsene kunne fortelle at det i 1997 var en forekomst på 13,9 % av selvskading blant ungdommene, som igjen hadde økt til 19,4 % i 2004. Størst økning var det blant jentene (Anderssen & al. 1999, Anderssen & Steinan 2004, Øverland 2006).

Selvskading er en ofte brukt underdiagnose i akuttmottak, og det er ofte et problem som blir holdt skjult. Undersøkelser viser at omtrent 4 % av befolkningen driver med selvskading, og at dette er en av fem årsaker til at menn og kvinner tas inn til akutt behandling (Wilhelm et al. 2000). Undersøkelser gjort i Storbritannia og Wales viser at selvskading er den mest vanlige årsaken til besøk i akuttmottak. De beregner ca. 140 000 pasienter årlig (Friedman & al. 2006).

1.3 Begrepet selvskading

Selvskading eller villet egenskade, har flere definisjoner. Selvskading er ikke en diagnose i seg selv. Den sees på som en følge diagnose til andre hendelser eller sykdommer. Selvskading eller villet egenskade har mange ulike begrep for selve fenomenet selvskading. Det som er mest vanlig å bruke i Norge er begrepet selvskading (Øverland 2006).

Favazza (1989) kaller selvskading for «self-mutilation» og beskrives som en egen villet handling hvor en ønsker å ødelegge kroppens skinn uten ønske om å dø. En ønsker med andre ord å ødelegge kroppsvev uten å ha tanker om selvmord.

I England har selvskading blitt sett på som et av de største helseproblemene de siste årene. Selvskading (deliberate self-harm) er blitt definert som en villet egenhandling uten hensikt om å ta sitt eget liv. Handlingen kan deles inn i to som inkluderer forgiftninger (self-poisoning) og ytre skader (self-injury). Under ytre skader inngår det å kutte seg (Hawton, & al. 1997).

Tidligere utgaver av ICD-10 hadde klassifiseringer som var mer tydeligere enn i dag. Da ble villet egenskade omtalt under kapittel 20 og kutting fikk da nummerering X78. I dag

beskrives selvskading kun som villet egenskade, hvor mange måter av selvskading tas med under samme nummerering, altså X6n. Begrepet selvskade har ingen egen eller offisiell diagnose (Helsedirektoratet 2015, Øverland 2006, Skårderud & Sommerfeldt 2009).

I et forsøk på å forstå hvorfor unge jenter velger å kutte seg til blods ønsker jeg å trekke frem forklaringer gitt av Moe & Ribe (2007). Definisjon som omhandler kutting, berører det som gjelder direkte skade eller endring av hud uten å ha et bevisst ønske om å dø. De omtaler kutting som en direkte handling der jenta føler at hun bare må skade seg, og at denne er tilbakevendende.

En annen definisjon kan være - «*Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg selv skade eller smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv*». Dette kan være kutting eller risping, som også er mest vanlig. Den som selvskader seg ønsker å lette de følelsesmessige smertene de sitter inne med (Thorsen 2006:5).

Skårderud & Sommerfeldt (2009) definerer selvskade som en adferd. Denne adferden kan ifølge dem være av både psykisk, sosial og kulturell art. Videre definerer de kutting som en direkte selvskading, der en aktivt påfører sin egen kropp sår, smerter eller skader.

Repeterende selvskading med kutting ble i 1974 kalt for impulsiv nevrose. Jenter med denne lidelsen er ikke i stand til å motstå impulsen som driver dem til den selvskadende atferden (Favazza 1992).

Det har vært svært vanskelig å komme frem til en felles betydning av begrepet selvskading. Det varierer mellom å bli kalt selvskading, villet egenskade, parasuicid og selvmordsforsøk. I de Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord brukes ordet parasuicidal om selvskading (Thorsen 2006, Øverland 2006, Sosial- og Helsedirektoratet 2008).

Simeon & Favazza (2001) snakker om at den selvskadende adferden som kommer frem kan deles inn i fire hovedgrupper. Disse gruppene kaller de for stereotyp selvskading (stereotypic Self-injurious behaviors), alvorlig selvskading (Major self-injurious behaviors), tvangspregert selvskading (Compulsive self-injurious behaviors) og til slutt impulsiv selvskading (Impulsive self-injurious behaviors). Stereotyp selvskading er en form for selvskading som en ser mest hos personer med autisme eller psykisk utviklingshemming. Alvorlig selvskading er den formen for selvskading som kanskje blir sett på som den mest truende. Da vi ofte ser at rus og psykoser er en del av årsakene. Pasienter med schizofreni kan også befinne seg innenfor denne gruppen. Tvangspregert selvskading ser en hos pasienter hvor den

selvskadende atferden drives frem av tvangshandlinger. Disse kan være gjentakende flere ganger for dagen. Til slutt har vi den impulsive selvskadingen. Under denne gruppen befinner kutting som metode seg, og er den metoden som er mest vanlig. Kutting utgjør ca. 72 % av alle tilfellene av selvskading (Øverland 2006, Favazza 1992, Simeon & Favazza 2001).

I dansk litteratur finner en at selvskadende atferd også kalles for selvmutilerende atferd. Der konkluderer de også med at selvskading ikke er en selvstendig diagnose hverken i ICD-10 eller ut fra det amerikanske diagnosesystemet DSM (Diagnostic and Statistical manual of mental disorder). De definerer selvskading som en bevisst, men uakseptabel sosial atferd som medfører skade eller smerter, uten å ha til hensikt å ta sitt eget liv. Ved at de poengterer den sosiale delen av definisjonen, utelukker de derfor religiøse eller kulturelle årsaker til selvskadingen (Simonsen & Møhl 2010).

I Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading brukes flere begreper. De definerer villet egenskade som en bevisst handling en person påfører seg selv med vilje, med eller uten hensikt til å dø. Selvskading definerer de til å være en skade som en person påfører seg med vilje, men uten hensikt til å dø (Helsedirektoratet 2014).

1.4 Risikofaktorer og årsaker til selvskading

Der finnes mange årsaker for at unge jenter påfører seg selv skader. Mange bruksmåter og motiver kan ligge bak fenomenet. Så det er en myte at psykiske lidelser alene kan være årsaker til selvskading. Det er blitt mer vanlig at personer uten psykiske lidelser benytter seg av selvskading (Ystgaard 2003, Ystgaard 2001, Hawton & al. 2002, Ystgaard & al. 2003, Sandlie & Ystgaard 2007, Øverland 2006, Skårderud 2006).

Først ønsker en å se nærmere på om der finnes biologiske forklaringer på fenomenet selvskading. Der finnes forskning som viser at noe skjer med serotoninivået hos personer med selvskading. Nivået reduseres. Så en ser for seg en modell eller hypotese hvor en tenker seg at serotonin er med å regulere selvskadingen. Favazza (1996) viser til at lavt serotoninivå hos pasientene ofte viste seg i aggressiv adferd og at selvskading ofte forekom. Der er funnet ut at det finnes minst 15 serotoninerge reseptorer i hjernen vår som påvirkes, så det gjør det svært vanskelig å finne en direkte virkningsmekanisme. Det sterkeste beviset for denne teorien ligger i at der er prøvd å gi selektive serotonin medikamenter med reopptakende effekt, til pasienter med selvskadende atferd som har utvist impulsivitet, aggresjon og tegn til selvmordsfare, og hvor det er påvist lavt serotoninivå. Resultat har vist at hyppigheten i utførelse av selvskading gikk ned (Grossman & Siever 2001, Muehlenkamp

2005). Enkefalin er et annet substans som vi har i hjernen vår, og som er med å regulere følelser og hemme smerter. En ser for seg at kroppen er avhengige av disse enkefalinene. Disse enkefalinene virker som heroin eller opium på oss, og en tenker at det er en form for avhengighet som gjør at vi opprettholder selvskadingen. Opplevelsen av dette, gjør at mange forbinder selvskadingen med noe godt og derfor vedvarer selvskadingen (Bjørneset 2003, Favazza 1996).

Andre årsaker eller risikofaktorer kan være traumatiske opplevelser fra barndommen. Ofte ser en dette som årsak til at unge jenter skader seg selv. Det å ha vært seksuelt misbrukt i barndommen har store sammenhenger med at de senere i livet starter med selvskading (Gratz & al. 2002, Ystgaard & al. 2003). I en studie gjort blant innsatte i australske fengsler ble det foreslått å protokollføre risikofaktorene for selvskading. Ved å identifisere problemer som psykiske plager, gjentakende emosjonelle problem og seksuelt misbruk i ung alder, kunne de få kartlagt behovet for bruk av terapi under oppholdet. Ved å sette inn tiltak tidlig kunne det føre til reduksjon av selvskading blant de innsatte (Kenny, Lennings & Munn 2008). Klonsky & Moyer (2008) har inkludert 43 studier i en metaanalyse hvorpå de fant ut at det er sammenheng med seksuelt misbruk og senere selvskading. Øverland (2006) mener at det kun er PTSD (posttraumatisk stress lidelse) som alene kan gi selvskading, da dette skyldes traumer oppstått tidligere i livet. Likevel mener han at ved å bli ivaretatt på rett måte etter traumat kan dette få betydning for hvordan en takler dette videre i livet. Traumat som den unge jenta har hatt tidligere er med å forme hvordan hun senere i livet ser på seg selv. Det å være utsatt for overgrep eller mishandling kan av jenta bli sett på som normalt. For når hun da forsøker å fortelle hva hun har opplevd og blir møtt med stillhet eller at det ikke tas på alvor, kan selvskading oppstå et resultat av denne hendelsen (McAllister 2003). Når disse følelsene blir holdt nede for lenge og at jentene føler de ikke blir hørt eller får snakket ut om disse, kommer de gjerne til uttrykk gjennom selvskading (Dahl, Aarre & Loge 2014).

Andre risikofaktorer som ligger tilbake i barndommen er at en ser mange familier med dysfunksjonell bakgrunn og at dette handler om vanskelige relasjoner innad i familiene. Her kan det dreie seg om både omsorgssvikt og at nære omsorgspersoner dør. Sammenhengen mellom vanskelige foreldre-barn relasjoner og psykisk helse er mer uklare, og om dette kan være risiko for selvskading. Derimot kan en se at kvaliteten på relasjonen mellom foreldre og barn kan spille inn på utvikling og regulering av følelser hos barnet senere i livet (Gratz 2003, Gratz & al. 2002, Skårderud & Sommerfeldt 2009). Undersøkelsen i CASE-studien i

Norge viste at der var flere faktorer som spilte inn på hvorfor ungdommene bedrev selvskading. De fant ut at dårlige relasjoner innad i familien kunne føre til selvskading. Ungdommen nevnte at der det var konflikter, kunne dette føre til selvskading (Ystgaard & al. 2003). Kirkengen (2005) snakker om de grenseløse familiene. Det viser seg i familier hvor barns grenser ikke blir akseptert og hvor de opplever krenkelser både av kropp og private sfære, og hvor barna ikke får støtte hos eldre kvinner i familien, står en i fare for å utvikle atferd som kan føre til selvskading. I noen samfunn er det å ta på unge jenter tillatt. En blir innlært med å forakte seg selv og slik forstås hvorfor de mister evnen til egenomsorg (Kirkengen 2005, Gretland 2007). Felitti & al. (1998) kaller dette for ulike former for belastende oppvekstvilkår og uønskede eksponeringer i barndommen.

Selvskading handler om følelser. Disse følelsene styres gjerne av en tristhet eller motløshet. De unge jentene med selvskading er mindre flink til å regulere disse følelsene og på den måten løses atferden ut. Selvskading går under diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Aarre, Bugge & Juklestad 2009). I en undersøkelse gjort av Haw & al. (2001) viste det seg at 92 % av de som var med i undersøkelsen hadde en psykiatrisk diagnose i bunn, og av disse var det 47 % som hadde flere psykiatriske diagnoser. Ifølge Øverland (2006) kan en relatere både angst og depresjon som årsak til selvskading. Noen ganger ser en at kroppen inngår i det å knytte identitet og egen selvfølelse. De forsøker å oppnå selvkontroll gjennom å angripe kroppen i et forsøk på regulere de vanskelige følelsene (Gretland 2007).

Kempermann & al. (1997) har sett på pasienter med borderline problematikk. De fant ut at ved selvskading øker de positive følelsene, mens de negative følelsene avtar i etterkant av skadingen. Når det gjelder de fleste unge jentene med selvskading viser det seg at selvskadingen kommer som et resultat av at en ikke klarer å håndtere vanskelige følelser (Øverland 2006).

I CASE-studien gjort i England, fant de ut at selvskading blir lært av at andre gjør dette. Det at noen nylig har gjennomført selvskading i en vennekrets, kan føre til en form for smitteeffekt. De andre ungdommene i gruppa gjør det samme. I den norske utgaven av CASE-studien viste det seg at 42 % av de unge som ble spurt søkte støtte hos venner og det var også disse som viste om selvskadingen (Hawton & al. 2002, Ystgaard & al. 2003). Bjørneset (2003) sier at hvis selvskadingen får for mye oppmerksomhet fra omgivelsene rundt, kan dette også påvirke trangen til selvskading. Hun ser på det som en modelløring eller

at noen ungdommer blir forbilder for andre nettopp for at de får stor oppmerksomhet fra andre. Dette kan være oppmerksomhet som de andre i utgangspunktet følte de manglet.

Det viser seg at det finnes sammenhenger mellom det en har erfart i barndommen og selvsykdom. Som nevnt kan biologisk sårbarhet være med å stimulere følelser hos de unge jentene. Miljøet rundt kan påvirke de unge jentene til å utføre selvsykdom. Både av tap av relasjoner i barndommen ved at mor og far skiller seg eller at de nære omsorgspersoner dør. En skal være svært forsiktig å trekke noen form for konklusjon for hvilke risikofaktorer som spiller inn i hvorfor unge jenter velger å skade seg selv. Derimot kan en si der finnes forskning som kanskje forteller om interaksjonene som skjer mellom de ulike risikofaktorene, men at der ennå er lite forskning som kan si noe om samspillet mellom de ulike risikofaktorene og årsakene til selvsykdom blant unge jenter. Det er ikke slik at alle som utsettes for overgrep fysisk eller psykisk, eller som opplever noen av de andre risikofaktorene, starter med selvsykdom (Skårderud & Sommerfeldt 2009, Ystgaard & al. 2003, Ystgaard 2003).

1.5 Relasjonens betydning

Sett ut fra et psykodynamisk og et psykologisk ståsted, vises det til at relasjoner er helt sentralt når vi snakker om utvikling av vår egen personlighet. Hvordan vi utvikler denne har stor betydning for hvordan vi senere i livet takler motgang. Forholdet til det sosiale nettverket har stor innvirkning for hva vi opplever av livskvalitet. Det er viktig at en i miljøterapien vier mye tid til det å bygge relasjoner med pasientene. Undersøkelser viser at de psykiatriske sykepleierne spiller en viktig rolle når en skal bygge relasjoner (Ådland & Alsaker 2007, Topor & Borg 2014). Forholdet mellom en pasient og en psykiatrisk sykepleier kan sees på som en komplementær relasjon. Der relasjonen preges av tillit og balanse, selv om personene er ulike (Øverland 2006). Hvis en ikke lykkes i å oppnå en god og profesjonell relasjon eller allianse, står en i fare for at pasienter dropper ut av behandlingen. Dette kan skape følelser av håpløshet, både hos pasienten og hos den psykiatriske sykepleieren. Pasienter blir sett på som vanskelige å arbeide med, da de til tider kan virke både likeglad og enda til euforiske. Hvis relasjonen da bryter sammen ser en ofte at dette fører til ny selvsykdom (Thorsen 2006). Menneskene lever i et nært og gjensidig forhold til andre mennesker. Det krever at vi som psykiatriske sykepleiere ser pasienten i en helhet. I en mer filosofisk forståelse av relasjonene handler dette om hvordan vi opplever og hvordan vi handler i samspill med pasienten. Den psykiatriske sykepleierens handlinger i møte med pasienten, dannes gjennom hennes personliggjøring. Det gjelder ikke bare den teoretiske forståelsen en får gjennom sin

utdanning, men vil også være bygget på hennes bakenforliggende menneskesyn (Schibbye 2002).

1.6 Problemstilling

I studieprosjektet ønsker jeg å få frem de ulike opplevelsene og erfaringen de psykiatriske sykepleierne har med tanke på det å arbeide med unge jenter med selvsykdom. Ønsket er å kunne belyse punkter som de mener er viktige i dette arbeidet. Så med dette som utgangspunkt har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvilke utfordringer møter psykiatriske sykepleiere på, i relasjon til unge jenter med selvsykdom? – En kvalitativ studie fra to døgnenheter i Finnmark»

Det å arbeide som psykiatrisk sykepleier inne i en døgnenhet krever mye av dem både som individer og som fagpersoner. Det er til tider et stort individuelt ansvar fordi det kreves av dem å skape relasjoner med unge jenter som til daglig sliter med store traumatiske temaer. I møte med disse jentene ser jeg for meg at der finnes noen utfordringer underveis med tanke på det å skulle hindre disse jentene fra å skade seg selv på nytt og på nytt. Det er svært ønskelig at jeg i samtalen med disse psykiatriske sykepleierne kan få forståelse av hva de sliter med og om de ser noen muligheter for hvordan disse utfordringen skal kunne løses. Da en ser at selvsykdom er et økende problem blant unge jenter, vil der i fremtiden være behov for at flere må inn i døgnenheter for behandling. I søken etter å finne svar ønsket jeg å se på forhold som berører de psykiatriske sykepleierne og hva de vektlegger som viktige utfordringer å ta tak i. De er psykiatriske sykepleiere med et individuelt ansvar for å hjelpe, men at en inne i en døgnenhet må se på deres oppgaver som en del av en større organisasjon.

Fokuset vil være å få tak i det som er utfordrende rundt fenomenet selvsykdom. Studiet vil kunne belyse hva de psykiatriske sykepleierne som arbeider i døgnenheter i Finnmark opplever som utfordrende.

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i både hoved- og underkapitler. I oppgavens første kapittel vil jeg presentere og redegjøre for valg av tema og avklare begrepet selvsykdom og relasjonens betydning til de unge jentene med selvsykdom, samtidig som jeg gir en innføring i hva selvsykdom handler om. Her vil jeg også presentere problemstillingen. I kapittel 2.0 følger et utdrag av tidligere forskning på tematikken og hvilken teoretiske tilnærming jeg har gjort.

I kapittel 3.0 vil jeg vise til valgt metode for oppgaven og hvilken fremgangsmåte jeg har brukt i innsamlingen av data hos informantene. Her vil jeg også vise til hvilken analysemetode som er brukt for å komme frem til studiens resultat. I kapittel 4.0 vil jeg presentere studiens funn og med påfølgende drøftinger rundt de fremkomne resultatene og dataene. Her trekkes også frem hvordan de psykiatriske sykepleierne forsøker å løse disse utfordringene de kommer over, i relasjon til unge jenter med selvskadning. I det avsluttende kapittelet 5.0 følger en avslutningsdel hvor studiens viktigste funn blir dratt frem.

2 Teoretisk tilnærming

Hvis en tar utgangspunkt i at målet ved å hjelpe unge jenter med selvskadingsproblematikk handler om å skape endring i deres adferd, sees det som naturlig å komme inn på dette først. En canadisk sykepleier ved navn Ruth Gallop foreslår at en kan bruke adferds terapeutisk tilnærming til unge jenter med selvskading. Gallop tok utgangspunktet i en debatt som hadde pågått over tid, hvorvidt pasienter skulle ha korttids- eller langtidsopphold i institusjonene. Ved å hospitalisere pasientene oppnådde en to ting. Oppholdet skulle beskytte pasienten når denne befant seg i en krisesituasjon og det skulle virke på karakterutviklingen. Tid var en avgjørende faktor for å kunne oppnå det siste. Ved at pasientene kunne bli lengre i institusjonene kunne en bygge et stabilt og beskyttende miljø. Et miljø hvor pasienten kunne bli møtt med empati, der både fysiske og psykiske behov kunne bli tilfredsstilt (Gallop & al. 1989).

I relasjonsarbeid til unge jenter med selvskading er det svært viktig at der oppnås god kontakt mellom pasienten og den psykiatriske sykepleieren, dette for å kunne oppnå et best mulig resultat av behandlingen. Et av punktene som den psykiatriske sykepleieren må arbeide mot, er å oppnå gjensidighet med pasienten. Der han eller hun går inn for skape et menneske til menneske forholdet til pasienten. Dette er viktig for å kunne bygge opp pasientens selvfølelse. Det vil være svært krevende å få dette til med pasienter som har store omsorgsbehov og kanskje befinner seg i en psykisk ubalanse, da de kan være avvisende og ikke ønsker hjelp. Overordnet mål i miljøterapien er å unngå at personalet blir splittet av pasienten (Vatne 2006).

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2008 ut Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. I disse retningslinjene betegner de selvskading som kronisk suicidalitet. I retningslinjene konkluderer de med at pasienter som driver med selvskading er en vanskelig gruppe å behandle og vil gi behandlerne store utfordringer i sitt arbeid, da bakgrunnen for den selvskadende atferden er komplisert. Det er viktig at disse pasientene får en langsiktig behandlingsplan, hvor relasjonen til behandlerne må ivaretas for å kunne endre pasientens grunnlidelse. Det skjer ofte tilbakefall og at pasientene ikke møter til de avtalte timene. Disse utfordringene kan imøtekommes ved at der skapes gode allianser mellom behandlerne og pasientene. Mange pasienter har opplevd å miste sine behandlere og har på denne måten opplevd brudd i relasjonen med personer som de allerede har lagt ut deler av sitt liv til. Anbefalingene fra Sosial- og helsedirektoratet er derfor at disse pasientene skal utredes nøye

med tanke på å finne grunnlidelsen for selvskadingen. De mener at der bør utarbeides langsiktige individuelle planer hvor raske og krisebaserte endringer bør unngås. Pasientene bør derfor ha en fast behandler som har ansvaret for den pågående behandlingen, hvor en forsøker å skape relasjoner som er bygd opp på tillit. Det er viktig at pasienten ikke blir kastet frem og tilbake mellom behandlere. Retningslinjene sier også at akutte innleggelse i institusjon ikke er anbefalt, da dette kun skal skje ved mistenkt selvmordsfare (Sosial- og helsedirektoratet 2008, Ystgaard & al. 2003).

Til tross for at akutte innleggelse bør unngås viser annen forskning at disse unge kvinnene som legges inn i døgnenheter har hatt bedring. Forskningen viste tre forhold som hadde betydning for dette. Det første skyldtes at følelser av å være i et felleskap hadde betydning, da det å være sammen med andre mennesker i en vanskelig tid ble viktig. Betydningen av å føle likeverd og det å bli sett av helsepersonellet og at personalet var tilgjengelig, viste forståelse og støtte i den vanskelige tiden var et annet punkt. Et tredje punkt var og selv måtte ta ansvar og del i relasjonene noe som gjorde at de følte bedring. Det å ha faste rutiner og struktur i en ellers kaotisk hverdag var noe som ble fremhevet. Døgnheten ble en god arena for trening på de utfordringer de følte de hadde, og et sted hvor de lærte å mestre disse før en skulle skrives ut (Hammer & al. 2013).

Favazza (1996) hevder selvskading kun kan bli forstått ved å fokusere på hva som skjer når interaksjoner mellom biologiske og psykologiske faktorer møtes. Han mener en må se nærmere både på det sosiale aspektet, miljøet og ikke minst hvilken kultur hvor selvskadingen oppstår.

En relasjonell orientert psykodynamisk forståelse av selvskading fremhever at det blir viktig å se både på det intrapersonelle som skjer hos pasienten og på interaksjonene mellom den psykiatriske sykepleieren og pasienten. Pasientene har gjennom livet fått noen erfaringer som de tar med seg videre. Der sees sammenhenger mellom relasjoner til andre betydningsfulle personer som pasienten har hatt i sitt liv tidligere og hvordan dette er blitt erfart av pasienten. Den intrapersonelle psykoanalysen har mer fokus rettet mot hvilke adferdsformer eller interaksjonsmønstre som pasienten har utviklet, for det er disse som blir viktige når en skal forsøke å forstå eksistensielle forhold ved selvskadingen. Selvskadingen er ifølge Jørgensen en mestrings- og overlevelses strategi (Jørgensen 1999).

Suyemoto (1998) hevder der må fokuseres på flere forhold for å kunne forstå selvskading hos unge jenter. Det ene forholdet er affektregulering - hvordan takler disse unge jentene sterke

følelser i livet sitt. I det neste forholdet må en se nærmere på hva disse følelsene gjør med jentene når de skal knytte nye relasjoner i livet. Hun hevder at selvskading oftest behandles ved hjelp av psykodynamisk behandling, hvor en har fokus på hvordan de unge jentene uttrykker sine sterke følelser. Det bygges opp ved å finne en forståelse og mening med atferden disse unge jentene har når de utfører selvskadingen. Å knytte bånd vil gi erfaringer på hvordan tillit skapes til andre mennesker. Som et tredje punkt snakker hun også om ontologiske utfordringer innenfor det relasjonelle. Det er utfordringer som kommer som et resultat av at personalet sliter med å finne meningen bak selvskadingen hos unge jenter.

Barstow (1995) mener hvis en legger for mye fokus på skaden kan dette gi en positiv forsterkning hos pasienten slik at selvskadingen gjentas. Han mener vi skal være forsiktede med å gi for mye trøst og beskyttelse. Likevel ønsker han heller ikke at negativ forsterkning skal skje i form av at noen reagerer med sinne når pasienten har selvskadet seg. En psykiatriske sykepleieren kan være den som hjelper den unge jenta til å bedre sine kommunikasjonsferdigheter. Ved å snakke med pasienten om alle sårene og arrene hun har på kroppen fanger en opp årsaker på hvorfor den unge jenta valgte å skade seg selv. Gjennom dette får en tak i historien og følelsene som ligger forut for selvskadingen, og kan da ta utgangspunkt i disse i behandlingsrelasjonen. Det å arbeide med pasientens selvaktelse og øke dens selvtillit blir viktig, da en ofte ser at dårlig selvtillit et problem hos pasienter med selvskading.

Miljøterapien får sin effekt gjennom relasjonene som skapes og vil være avgjørende for at personalet skal klare å stå i de følelsesmessige påkjenningen en blir utsatt for. Ofte ser en at når jenta følelsesmessig er i kaos, vil hun trenge hjelp fra den psykiatriske sykepleieren for å få bearbeidet disse følelsene. Sykepleieren bearbeider det som opptar jenta og hun får tilbakemelding på den virkelige verden og hvordan en kan oppfatte eller bearbeide de følelsene hun sliter med. En bygger relasjonen til pasienten gjennom å gi svar på de henvendelsene pasienten gjør (Hummelvoll 2014, Skårderud & al. 2010). Miljøterapien har sin forankring innenfor en psykodynamisk tradisjon. En utvikler seg gjennom konstruktive og hensiktsmessige prosesser som muliggjør en god sosialisering. Pasientene må føle seg godt tatt imot i døgnenheten, noe som skjer gjennom at personalet utvikler relasjoner i et empatisk øyemed som igjen fører til selvstendighet hos pasientene. Miljøterapien utvikler seg ved å være sammen (Larsen 2012, Haugsgjerd & al. 2009, Weber 2002). Brodtkorp (1999) mener

det sentrale innen psykodynamisk terapi er hvordan mennesket utvikler sin egen psyke, det vil si hvordan en blir et helt og selvstendig individ.

Knutson (2004) snakker om motoverføringer i miljøterapien. Dette kan være både ubehagelige og uønskede problemer som oppstår. Han mener hvis en er bevisst sine oppgaver og en reflekterer omkring prosessene i relasjonen, så kan en lettere forutsi og bedømme problemene rundt samspillet mellom behandleren og pasienten.

Topor og Borg (2014) snakker om virksomme relasjoner. De viser til at personer med psykiske lidelser trenger fagpersoner som kan hjelpe dem gjennom vanskelige og smertefulle livssituasjoner. Gjennom samvær og kontakt med andre mennesker utvikler vi oss som sosiale vesener. Samspillet mellom disse menneskene blir svært viktige når en skal komme seg gjennom den psykiske lidelsen.

3 Metode og materiale

I dette kapitlet ønsker jeg å beskrive min metodiske tilnærming til masterstudiet og til problemstillingen. Ønsket er å belyse hvorfor jeg har valgt nettopp kvalitativ tilnærming til oppgaven. Først redegjør jeg for hvilken vitenskapelig retning jeg befinner meg innenfor, for deretter se nærmere på mitt valg av metode. Videre ønsker jeg å belyse min egen forforståelse for emnet.

3.1 Kvalitativ metode

Målet med å bruke kvalitativ metode var å finne ut hvilke utfordringer de psykiatriske sykepleierne møter på i relasjonen til de unge jenter med selvskading. Kvalitativ metode skal bidra med å fange nyanser og mangfoldet som ligger hos respondentene (Malterud 2013). For å finne svar på min problemstilling, ønsket jeg å intervju psykiatriske sykepleiere som er bosatt i Finnmark og som arbeider med unge jenter som skader seg selv. Ønsket var å gå inn i disse sykepleiernes erfaringer rundt det å arbeide med disse jentene og på den måten finne ut hva som er utfordrende i disse relasjonene. Kvalitativ metode søker å gå i dybden av et lite utvalg. Metoden har som mål å få innsikt i utvalgets erfaringer og vil forholde seg til et fortolkende paradigme, som igjen har fokus på informantenes erfaringer og meningsdannelser (Tjora 2012). Kvalitativ metode kan hjelpe oss å få tak i menneskelige egenskaper, og metoden passer godt for å utforske dynamiske prosesser som for eksempel samhandling mellom den unge jenta og de psykiatriske sykepleierne (Malterud 2013). For å finne svar på min undring måtte jeg velge en retning innenfor vitenskapsfilosofien.

Thomas Kuhn (1922-1996) som var en amerikansk vitenskapsteoretiker mente at det vitenskapelige paradigmet bestemmer hva som skal gjelde av fakta, og hvordan en skal tolke de dataene en finner. Dette paradigmet fastsetter reglene for den vitenskapelige forskningen som skal gjøres (Fjelland & Gjengedal 1995). Paradigmebegrepet hos Kuhn var nært knyttet til et annet begrep «normalvitenskap». Han mente at forskeren trofast følger bestemte paradigmer. Paradigmebegrepet kan også brukes som et samlebegrep for hvilke felles regler som er etablert innenfor et fagområde. Skiftet av disse paradigmene skjer over tid. Når det paradigmet en befinner seg i utfordres av nye ting vil synet endres og vi får paradigmeskifter (Thornquist 2006).

Ved å forankre meg i empirien vil mye handle om overensstemmelser mellom virkeligheten og den tolkningen jeg gjør (Larsson 1993). I lys av dette ser jeg for meg at jeg nærmer meg en form for fenomenologisk og hermeneutisk tilnæringsmåte. Dette da jeg ønsker å forklare informantenes opplevelser og erfaringer. Malterud (2013) omtaler menneskelige erfaringer

som fenomenologi og fortolkningen av disse for hermeneutikk. Fortolkningslære eller vitenskap om fortolkninger kalles hermeneutikk. Vi forsøker å fortolke gjennom dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart synlig for oss (Fjelland og Gjengedal 1995, Thornquist 2006, Thagaard 2010). Innen hermeneutikken fremheves det at forståelse er et grunntrekk hos mennesket. Vi befinner oss i verden som forstående og som fortolkende individ. Fortolkningene tilhører den hermeneutiske tilnærmingen, mens erfaringene de psykiatriske sykepleierne har gjort seg og hvordan fenomenet selvskading trer frem for dem, er det som da blir fenomenologien (Thomassen 2006, Thornquist 2006). Fenomenologi er mer bestemt et begrep eller bruk av en retning innen kvalitativ forskning hvor en prøver å forstå fenomener som skjer ut fra informantens perspektiv og hvordan disse oppleves av denne (Kvale & Brinkmann 2010). Innen fenomenologien snakkes det om vår bevissthet og hva den rettes mot. Ifølge Thornquist (2006) rettes vår oppmerksomhet til verden slik vi erfarer den som menneske. Fenomenologien retter ikke direkte fokus på hvordan virkeligheten oppleves, men hvordan individet opplever verden subjektiv. Sagt på en annen måte, hvordan hvert enkelte menneske forstår fenomenet som trer frem for dem - så presist og fullstendig som mulig (Kvale 2006). Så utgangspunktet for prosjektet vil da en fenomenologisk tilnærming dreie seg hvordan jeg som forsker forstår utfordringene som er knyttet til fenomenet selvskading, gjennom de psykiatriske sykepleiernes erfaringer. For å kunne oppnå dette på en best mulig måte må jeg derfor forsøke å skape en relasjon til mine informanter. Jeg som forsker vil være på søken etter kjennetegn ved fenomenet selvskading, slik det oppleves for de involverte sett i deres sammenheng innad i døgnenheten.

I fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming kommer en derfor ikke utenom intersubjektivitet. Det handler om at de psykiatriske sykepleierne skal dele sine erfaringer med meg som forsker. Deres tolkninger og forståelse av fenomenet selvskading er ikke objektivt. Det er en subjektiv opplevelse de har, som jeg ikke kan observere kun tolke ut fra deres forståelse. For som Husserl skriver «*at være et subjekt er at være til på en sådan måte så man er bevidst om sig selv*» (Zahavi 2001:129). Malterud (2013) hevder intersubjektivitet er en forutsetning for at resultatet en kommer frem til i forskningsprosessen skal kunne deles med andre. Dette for å oppnå objektivitet i den vitenskapelige sammenhengen.

3.2 Forforståelse

Min forforståelse kan sette preg på funnene jeg gjør. Malterud (2013) hevder at mye av egen forforståelse ligger i motivasjon til å gå i gang med prosjektet. Dette som et resultat at en har fått erfaringer som påvirker egen oppfatning omkring problemstillingen. Jeg har selv erfaringer ved å arbeide med unge jenter med selvskading. Disse erfaringer har jeg med meg inn i møtet med informantene. Disse erfaringene kan også være fordommer. Derfor må jeg være bevisst mine egne fortolkninger når jeg skal forsøke å fange opp informantenes meninger. Mine erfaringer danner grunnlag for mitt eget perspektiv ved prosjektets start (Malterud 2013:40, Kvale & Brinkman 2010, Kvale 2006). I følge Thornquist (2006) må jeg la informantene fortelle åpent om sine erfaringer og ikke la de påvirkes av meg. Min forforståelse og bakgrunn kan spille inn hvordan prosjektet skal bygges opp. Dette var momenter som ble viktige å tenke gjennom når valg av både tema og metode skulle skje (Tjora 2012). Ved at jeg kun bruker 4 intervjuer vil dette begrense hva jeg finner svar på, og jeg skal derfor være forsiktig med å konkludere i at dette er allment praksis. Ved å bruke tema i intervjuet kan jeg fortolke hva disse psykiatriske sykepleierne sier, men vil ikke kunne slå fast for mye. Jeg får kun høre hva disse forteller om sine erfaringer, og kan ikke si så mye om selve relasjonen da jeg ikke var til stedet selv å kunne observere dette.

Da jeg er psykiatrisk sykepleier kan min forforståelsen knyttes opp til informantens forståelse av situasjonen. Resultatene kan bli styrt av min tolkning, og en får en fortolkning av noe informantene allerede har tolket (Thagaard 2010). Viktig er det å få frem at jeg ikke selv har arbeidet ved en døgnenhet, men at feltet selvskading er kjent for meg. For som Gadamer (1999:129) skrev - «overfor enhver tekst er man stilt overfor den oppgaven å ikke sette inn sitt eget språk». Dette tolker jeg dithen at en skal være forsiktig med å tolke det informantene sier ut fra egne innebygde oppfatninger omkring temaet. Paulgaard (1997:71) utdyper det så fint – *en som kommer innenfra vil ha problemer med å oppnå analytisk distanse, mens en som kommer utenfra vil ha problemer med å komme innenfor hva forståelse angår*. Dette viser at ved å ikke kjenne til feltet eller emnet en skal ut å forske i, vet en kanskje heller ikke hva en skal kunne se etter. Ved å være kjent innenfor feltet vil en også ha muligheter for å oppdage hva som skjer og på en slik måte fange opp hva informantene har av meningsbærende budskap i sine utsagn. Samtidig skal en trå varsomt når en skal forsøke å finne meninger. Ved å være varsom, er en også sin egen forforståelse bevisst. Likevel kan en likevel aldri legge sin egen forforståelse til siden, da dette er erfaringene en har med seg inn.

Gjennom prosjektet er min forståelse i en stadig bevegelse omkring temaet selvskading. For å finne mening i hva informantene sa måtte jeg stadig gå tilbake til den transkriberte teksten og til intervjuene for å finne mening og forståelse i hva informantene sa. Min forforståelse finner ny mening ut fra fortolkning av hva informantene sa, og slik fikk jeg ny forståelse. Thornquist (2006) sier at vår forforståelse eller forståelseshorisont som hun også kaller det, endrer seg i takt med våre konkrete undersøkelser av materialet.

I prinsippet bygger et hermeneutisk perspektiv på at en bare kan finne mening i den delen en forsker på. Disse delene kan kun forstås hvis vi ser dem i sammenheng med hverandre. Vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thagaard 2010, Thornquist 2006). Innen hermeneutikken snakkes det om den hermeneutiske sirkel (fig. 3.2.1.). Den beskrives som en dynamisk erkjennelsesprosess, hvor en nettopp skifter mellom delene og helheten for å forstå. Helheten forstås på bakgrunn av disse delene, men samtidig kan ikke de enkelte delene en finner, forstås uten å se de i den store og hele sammenhengen. En kan ved å gå dypere inn i disse finne frem til ny forståelse omkring fenomenet selvskading (Thornquist 2006, Gulddal & Møller 1999). «Å forstå seg selv og andre er en uendelig prosess, en hermeneutisk sirkel» (Thornquist 2006:161).

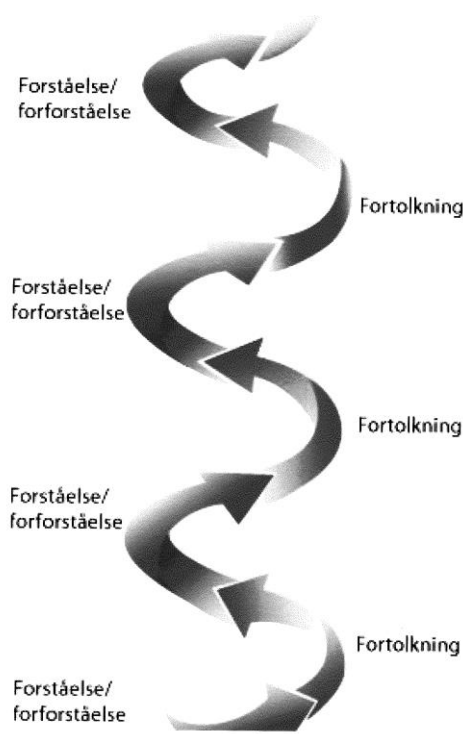


Fig. 3.2.1 Grafisk fremvisning av «Den hermeneutiske sirkel» (Google Scholar).

3.3 Intervju som metode

For å få tak i erfaringene de psykiatriske sykepleierne sitter inne med valgte jeg å bruke intervju som informasjonsfanger. Under selve intervjuet brukte jeg en intervjuguide som baserte seg på tema omkring de psykiatriske sykepleiernes utfordringer i møtet med de unge jentene. Kvale (2006) sier at kvalitative forskningsintervjuer har som mål å forsøke å forstå verden ut fra informantenes ståsted eller synspunkt. Ved å bruke dette søker jeg å utforske de psykiatriske sykepleiernes erfaringer og livsverden for å finne vitenskapelige forklaringer på fenomenet. Intervju brukes som fremgangsmåte for å få vite mer om hvilke erfaringer de psykiatriske sykepleierne sitter inne med, og at dette skjer ved hjelp av å lytte godt etter hva informantene har å fortelle. Forforståelsen min kan bli styrt av fordommer jeg selv har opparbeidet meg. Betydningen av å lytte innenfor den fenomenologiske og hermeneutiske tilnæringsmåten er svært viktig, da det å lytte på en fordomsfri måte vil være å følge det hermeneutiske idealet (Kvale & Brinkmann 2010, Kvale 2006). Fog (2005) mener at intervjueren er sitt eget instrument, og da vil dennes interesser også kunne ha betydning for forskningsprosessen.

Et semistrukturert intervju brukes for å forstå informantenes opplevelser av situasjonen, Intervjuet dekker tema en ønsker å finne svar på. Denne typen intervju kan benyttes når en søker å finne svar på informantenes egne perspektiver (Tjora 2012, Polit & Beck 2012, Kvale & Brinkmann 2010). I følge Fog (2005) forløper, det ikke strukturerte intervjuet, som en spontan prosess uten at betingelsene eller selve prosessen er fastlagt på forhånd. Der finner sted flere psykologiske prosesser innbyrdes mellom intervjuer og informant, som vil kunne påvirke intervjusituasjonen. Ved at intervjuene var temabaserte fikk jeg mulighet til å stille spørsmål underveis, dette for å kunne komme dypere ned i materialet.

Et dybdeintervju forsøker å få frem meninger, holdninger og ikke minst erfaringer hos informanten (Kvale 2006). Kvalitativ tilnærming skaper innlevelse og kreativitet. Den drives frem av empiri og teori rundt forskningsfeltet (Tjora 2012). Et intervju vil ligge svært nært opp til en samtale og vil da kunne føles mindre formell ut, men likevel forløpe som et profesjonelt intervju skal gjøre (Kvale & Brinkmann 2010). Fog (2005) mener forskeren danner seg et begreps- og følelsesmessig perspektiv for å kunne oppfylle sitt formål, og innenfor dette skjer samtalen

3.4 Utvalg og rekruttering til prosjektet

På bakgrunn av at min problemstilling omtaler utfordringer hos psykiatriske sykepleiere ansatt i døgneheter, består utvalget mitt av fire informanter fra to døgneheter i Finnmark. Der var ingen andre inklusjonskriterier for å delta, selv om jeg hadde et håp å finne tak i informanter med bred erfaring. Tok ikke sjansen på å sette flere inklusjonskriterier da jeg ikke visste hvor stor dekning det var på psykiatriske sykepleiere og hvor lenge de hadde vært ansatt. Først tok jeg kontakt med øverste leder innen psykisk helsevern i Finnmark per e-post, uten at denne ble besvart. Deretter tok jeg en telefon til hans kontor for å forhøre meg om videre prosess. Der fikk jeg til svar at jeg kunne rette direkte forespørsel til enhetsledere ved de enkelte døgneheterne i Finnmark. Først tok jeg en telefon til disse hvorpå vi ble enige om at jeg skulle sende en e-post hvor jeg forklarte hva dette gikk ut på og hensikten med prosjektet. Dette ble så gjort og jeg fikk da et svar på denne e-posten om at jeg kunne sende den formelle skriftlige forespørselen til disse per e-post og i posten. I brevet med forespørselen til enheten, ble vi enige om at jeg skulle legge et antall konvolutter gjenlukket, med forespørsel om deltakelse og samtykkeskjema, som merkes med informanter. Disse skulle så enhetslederne gi til alle psykiatriske sykepleiere som igjen skulle ta direkte kontakt med meg pr. e-post eller pr. telefon.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

På forhånd hadde jeg avtalt å møte tre informantene på deres arbeidsplass, og allerede ved det første besøket ved den ene døgneheten meldte det seg en fjerde deltaker til prosjektet. Dette resulterte i at jeg planla å gjøre et intervju senere denne dagen. Vi hadde avtalt at intervjuene ikke skulle ha en lengde på mer enn en time. Avtalene for tidspunktene for når intervjuene skulle finne sted ble avtalt med hver enkelte deltaker, når de hadde jobb og når det passet å gjennomføre disse. Informantene hadde funnet egnet sted for selve gjennomføringen av intervjuene og de serverte kaffe. Både i telefon og i selve forespørselen om deltakelse fikk de informasjon om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd og at alt ville bli anonymisert.

Før selve intervjuet startet snakket vi om hvor lenge de hadde vært ansatt i døgneheten, og erfaringer de hadde. Samtidig opplyste jeg at de til enhver tid hadde mulighet for å trekke seg fra prosjektet uten å måtte gi meg noen forklaring på hvorfor. Det visste seg at de alle hadde god bakgrunn med tanke på selvskading blant unge jenter. Etter at de to første intervjuene var gjennomført, hadde jeg litt tid før de to neste skulle gjennomføres. Fikk da tid til å transskribere disse og lytte godt etter hvordan informantene og jeg selv opptrådte i selve

intervjusettingen. De fire intervjuene varierte med tanke på hvor lang tid en brukte. De varierte fra 30 minutter opptil 50 minutter og utgjorde til sammen over 15000 ord.

Under intervjuene opplevde jeg at informantene hadde mye på hjertet. Måtte stille enkelte spørsmål for å komme i dybden av det jeg ønsket svar på. Noen ganger forløp intervjuet slik at spørsmål ikke trengtes å stilles. Det som var viktig for min egen del under intervjuene var å ha fokus på hva opptar informantene i møtet med fenomenet selvskading. Thornquist (2006) snakker nettopp om dette med rettethet eller intensjonalitet, det som fanger sykepleiernes oppmerksomhet i møtet med unge jenter med selvskading, og hva de føler er utfordringene rundt dette. Opplevde at dialogen mellom meg og informantene fungerte bra under selve intervjuene, og jeg tålte stillheten som oppstod når informantene tenkte seg om. Dette gjorde at også jeg klarte å slappe av under intervjuene.

3.6 Transkribering

Før selve analyseprosessen kunne starte måtte jeg gjøre lydopptakene om til tekst. Hensikten er å få frem det som informanten snakker om i lydopptakene. Det er transkribering. Det visste seg å være god kvalitet på lydbåndopptakene, noe som gjorde det lettere å skrive disse ned. Malterud (2013) mener at når muntlig samtale skal gjøres om til tekst, skjer der fordreininger av hendelsen. Dette forsøkte jeg å hindre ved at når jeg skrev ned lydopptakene, brukte jeg tegn og ord for å markere når informanten tok pauser eller ga andre lyder fra seg. Videre sier Malterud at transkribert tekst aldri kan erstatte råmaterialet som ligger i bunn. Jeg skrev ned ord for ord, men valgte å gjøre språket om til bokmål og ikke bruke dialekt, dette for at setningsoppbyggingen skulle være lettere å gjennomføre. Samtidig sikrer en anonymisering for informanten. Pauseord som «*eeh*», og gjentakelser fra informantene ble skrevet ned, men disse ble utelatt i den endelige teksten for å gjøre språket bedre. Malterud (2013) sier en kan fjerne eller redigere bort enkelte ord for å få bedre flyt i teksten.

Transkriberingen er tidkrevende, men jeg valgte å skrive ned lydopptakene selv da det blir lettere å kjenne igjen reaksjoner hos informantene når transkriberingen foregikk. Ved å hatt andre til å skrive disse, kunne viktig informasjon gått tapt. Tjora (2012) mener at hvis det er samme person som utfører transkriberingen og som har gjort intervjuene og kanskje er med i forskningsprosessen, vil en unngå å miste for mye informasjon. Kvale (2006) påpeker at der ikke finnes objektivitet i oversettelser fra muntlig til skriftlig. Viktig blir det da ifølge han å være nøye med hva som er nyttig informasjon i den konkrete situasjonen som blir beskrevet. Allerede under transkriberingen skilte det seg ut noen tema som jeg så opptok flere av

informantene, som da ble første del av selve analyseprosessen. Informantene ble merket med fiktive navn, og vil i oppgaven bli presentert med disse navnene og sidetall fra hvor utsagnene kommer fra i intervjuene.

3.7 Kvalitativ innholdsanalyse

Den kvalitative forskningsmetoden har til hensikt å få innsikt i utvalgets erfaringer og forholdet seg til et fortolkende paradigme, som igjen har fokus på informantenes opplevelser og meningsdannelser (Tjora 2012). Kvale & Brinkmann (2010) mener en bør velge analysemetode før en utfører intervjuene, noe som jeg gjorde. Jeg leste gjennom den transkriberte teksten flere ganger, og skrev ned det som var hovedtemaene til informantene. Utgangspunktet mitt var at jeg skulle forsøke å få tak i hvilke følelser som oppstod hos informantene når de møtte på utfordringer i møtet med disse unge jentene med selvskading.

Målet var å lage en forbindelse mellom råmaterialet og det endelige resultatet ved at empirien blir fortolket og forsøkt sammenfattet på en god måte. Det handler om å gjøre erfaringene de psykiatriske sykepleierne har på hvilke utfordringer det er i relasjonen til unge jenter med selvskading, tilgjengelig for andre (Malterud 2013). Materialet mitt ble deretter delt opp i hovedgrupper slik som emosjonelle utfordringer, utfordringer i miljøterapien til unge jenter med selvskading, utfordringer i forhold til tverrfaglig samhandling, og rurale utfordringer ved å befinne seg i avsidesliggende strøk. Analysemetoden ble valgt på bakgrunn av at feltet jeg befinner meg innenfor omhandler sykepleievitenskap. Lundman & Graneheim (2010:160) snakker om at analyser hvor en ønsker å få tak i menneskers fortellinger som baserer seg på deres opplevelser, kalles for induktiv tilnærming. I analyseprosessen tok jeg for meg deres metode for hvordan en skulle gå videre frem. De snakker om at den nedskrevne transkriberte teksten vil være mitt utgangspunkt for den videre analysen. Dette kaller de for analyseenheter. Jeg startet med å finne det de kaller meningsenheter i teksten. En meningsenhet er ifølge dem meningsbærende deler i teksten. Dette kan være ord eller setninger som kan relateres til å ha samme mening. Neste steg i analysen blir å kondensere disse meningsenhetene, noe de omtaler som å gjøre teksten kortere, samtidig som en finner det sentrale i hver enkelte meningsenhet. Det tredje steget i analyseprosessen var å sette de kondenserte meningsenhetene inn i noe de kaller for koding. En kode er en etikett som skal beskrive kort hva analysedelen inneholder, samtidig som en forsøker å abstrahere innholdet, som betyr å reflektere over funnene på nytt. Til slutt laget jeg kategorier som inneholdt flere koder med lignende innhold. Disse kategoriene viser til hvilket tema. Som i mitt tilfelle endte opp med de fire som er nevnt tidligere. I artikkelen fra 2003 snakker de også om opprette tema for å

kunne samle flere kategorier i. Dette har jeg valgt å ikke gjøre (Lundman & Graneheim 2010, Graneheim & Lundman 2003).

Fig. 3.7.1 Et utsnitt av tabell for analyseprosessen. Tabell fra Graneheim & Lundman (2010).

<u>Meningsenhet</u>	<u>Kondensert meningsenhet</u>	<u>Kode</u>	<u>Kategori</u>
I etterkant av skaden opplever jeg frustrasjon, maktes-løshet og utilstrekkelighet Utfordrende å være til stedet når jenta valgte å kutte seg	Her spiller følelsene hos de psykiatriske sykepleierne inn, noe som blir utfordrende	Avmakt Selvskading og stress Trigger følelser	Emosjonelle utfordringer
Utfordrende om jeg når inn i relasjon, når jenta dissosierer Først og fremst tenker jeg at, kan det være sånn at den selvskadinga er en kommunikasjon	Klarer vi å gi den hjelpa som pasientene trenger?	Selvskading og dissosiasjon Selvskading som kommunikasjon	Utfordringer i miljøterapien til unge jenter med selvskading
Bli møtt med sinne etter selvskading Lege nektet å gi bedøvelse før syng	Mangelfull innsikt i sykdomsbildet Krenkelser av pasienten	Negative holdninger Manglende anerkjennelse	Utfordringer i forhold til tverrfaglig samhandling
Utfordrende å befinne seg i Finnmark Langt til flyplass og psykiatrisk sykehus	På grunn av dårlig vær og mangel på både akutt sengepost må pasientene vente før de får riktig hjelp, utfordrende å alene få ansvar for disse.	Lange avstander og små lokalsamfunn	Rurale utfordringer

3.8 Forskningsetiske overveielser

Før prosjektstart ble det sendt søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) hvor jeg fikk godkjenning for å kunne gå i gang med prosjektet. Det var derimot ikke nødvendig å søke REK (Regional komitè for medisinsk forskningsetikk) om tillatelse da jeg ikke skulle forske på pasienter. For å ivareta informantene ble både lydfiler og tekster anonymisert, også personalopplysninger ble oppbevart adskilt fra det resterende materialet slik at ingen ting kunne vises tilbake til hvilke personer som deltok. Alt datamateriale, både tekster og lydbånd er håndtert konfidensielt. Alle informantene fikk tilsendt informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de til enhver tid kan trekke seg, uten å måtte oppgi grunn til hvorfor. Alle underskrev informert samtykke før intervjuene startet. Jeg synes det er viktig å få frem at jeg som forsker har håndtert innsamlet materiale med verdighet og at jeg ikke virker dømmende på noe av det som kommer frem i intervjuene.

3.9 Pålitelighet og Gyldighet

Forskeren skal i løpet av prosessen sette spørsmålsteget ved egen fremgangsmåte og skal være forsiktig med å konkludere i funnene (Malterud 2013). Ifølge Kvale & Brinkmann (2010) handler prosjektets pålitelighet om troverdigheten til det materialet som er samlet inn. Det at en oppnår nærhet til materialet, kan gjøre det vanskelig å være kritisk. Det er viktig at en vet hvilke briller en har på når en skal gjøre sine tolkninger. Ved å stille spørsmål om dette underveis har en større sjanse for å unngå feil. Hvis en velger å følge en vei en kanskje vet ikke er riktig kan en risikere «*bias*». Bias kan synonymt beskrives som en metodefeil. Faren her ligger i at min egen forforståelse får for stor makt og at jeg ikke fokuserer på hva informantene mine forteller (Malterud 2013). Ved å ha fokus på nettopp min egen forforståelse tidlig i prosjektet viser jeg for mine lesere at jeg har en kritisk refleksiv holdning med meg inn i prosjektet. Det fremkommer jo også at jeg er overrasket over noen funn, så det viser at jeg setter min egen forforståelse til side når dette oppdages. Tolkningen min skjer på et grunnlag hvor jeg som forsker forsøker å være åpen for at min egen forforståelse kan utfordres underveis.

I følge Graneheim & Lundman (2010) handler gyldighet om hvor sanne funnene i prosjektet er. De mener at et resultat er gyldig når en kan løfte frem visse karakteristikker som er representativ eller typisk for det som beskrives. Malterud (2013) sier at det å validere er det samme som å stille spørsmål om gyldighet. Er funnen sanne? Dette kan forebygge systematiske feil i forskningsprosessen. For å sikre prosjektets gyldighet må forskeren underveis stille seg selv spørsmål om metoden for undersøkelsen er riktig. Undersøker jeg det

jeg ønsker å undersøke eller hadde til hensikt å gjøre? Dette må gjøres for å se om der finnes svakheter med eget prosjekt (Kvale & Brinkmann 2010, Malterud 2013, Thagaard 2010).

4 Presentasjon av funn med drøfting

Mange jenter med psykiske vansker som starter i barndommen, tar disse problemene med seg over i ungdomsalderen. Samtidig viser tall at de fleste psykiske lidelsene oppstår i ung voksen alder, og en ser at de psykiske lidelsene debutterer gjerne før somatiske lidelser (Folkehelseinstituttet 2009, Schjødt 2012). Funnene jeg kom frem til i intervjuene ble delt opp i fire temaer. Viktig er det å få fremhevet at alle disse temaene går litt inn i hverandre på den måten at følelser er noe en har med i enhver form for samspill og i relasjonen til de unge jentene. Det første temaet handler om følelser som kommer frem hos de psykiatriske sykepleierne når de arbeider med unge jenter med selvskading. Det andre temaet handler om hvilke utfordringer de følte som dukket opp i selve døgneten når jentene var i terapi. I det tredje temaet viste funnene at det var en god del utfordringer i form av uenigheter og det som fører til splittelser blant personalet i døgneten, de var uenige om hvordan behandlingen skulle skje og hvilken retning behandlingen skulle ha. I det fjerde tema viste det seg å være store forskjeller mellom de to døgnetene jeg gjorde mine undersøkelser i, med tanke på at den ene døgneten lå mer avsidesliggende til i forhold til den andre. Dette var med å skape noen utfordringer som den andre døgneten ikke nevnte noe om. I drøftingsdelen av oppgaven har jeg valgt å sette navn på de forskjellige informantene, dette for å lettere kunne skille mellom hvem som sa hva under intervjuene.

4.1 Emosjonelle utfordringer

Som nevnt viste det seg å være store utfordringer i forhold til hvilke følelsesmessige reaksjoner de psykiatriske sykepleierne følte dukket opp i arbeidet med unge jenter med selvskading. Å arbeide med unge jenter med selvskading vekker mange følelser i de psykiatriske sykepleierne. Chessick (1982) snakker om hvordan behandlere kan få en reaksjon som gjerne ikke er bevisste og som stikker dypere ned i behandlernes følelser, samtidig som de virker til å være kopier av pasientens omskiftninger som har oppstått undertiden i relasjonen. For som Dagny (s.1) sa *«opp gjennom årene har jeg møtt mange unge jenter med selvskading. Det vekker ulike ting i meg.»*. Kutz (1989) viser til tilfeller hvor karaktermessige defekter som stammer fra objektrelasjonen kan føre til fortvilelser. Når det gjelder objektrelasjonen så vektlegger den innenfor psykodynamisk personlighetsteori forhold om hvordan individet i interaksjon danner seg ytre og indre bilder av andre personer (Karterud & Monsen 1997).

4.1.1 Utfordringer når en føler frustrasjon og utilstrekkelighet i møtet med selvskading

Dagnys reaksjon viste seg å ikke stå alene. Anna (s.2) kunne også fortelle at «*i etterkant av skaden opplever jeg frustrasjon, maktesløshet og utilstrekkelighet*». Knutson (2004) mener at disse følelsene som kalles motoverføringer kan fremstå som uønskede og ubehagelige problem, og kan også være en uunnværlig del i alle former for behandlinger som gis. Han mener at i iveren etter å forsøke å forstå pasientens indre verden risikerer de psykiatriske sykepleierne å oppleve at disse følelsene tar del i dem. Motoverføringer er de følelsene som vekkes hos behandlerne i møte med pasienten (Zachrisson 2008, Knutson 2004). Røssberg (2007) viser til undersøkelser som er gjort blant behandlere som arbeidet med pasienter med personlighetsforstyrrelser, at behandlernes motoverføringsreaksjoner kan være både til hjelp og til hinder i terapien. Det viste seg at pasienter med en form for borderline personlighetsforstyrrelser vakte flere negative enn positive motoverføringer til behandleren sin. Samarbeidsproblemer eller problem med å bygge allianse med en pasient, kan være det som skaper størst nederlagsfølelse. En følelse av avmakt (Vatne 2006).

Selv om en ikke lykkes hele tiden kan en ikke gi opp. Dagny (s.7) viser til at selv om en situasjon den ene dagen «*vekket frustrasjon eller tristhet*» i henne, kan hun ikke la være å snakke om disse tingene på nytt. Hun mener at dette «*må til*» for at hun skal kunne bygge relasjon og for å kunne være en hjelper til denne unge jenta. Motoverføringer er komplekse. Viktig er det å vite at disse motoverføringen er noe som skjer hos behandlerne og som kan bringe denne ut av sin terapeutiske posisjon. Disse motoverføringen kan skifte under samtalen med pasienten og kan gi svingninger i stemninger, som kan vise seg som manglende våkenhet eller interesse for hva pasienten snakker om. Den psykiatriske sykepleieren kan føle at de sitter igjen med en tomhet som absolutt ikke kommer pasienten til gode (Zachrisson 2008). Knutson (2004) viser til undersøkelser som er gjort hvor pasientens fortvilelser har smittet over og vist seg hos deres behandlere også. Disse undersøkelsen fant også ut at reaksjonene behandlerne får, er en del av den terapeutiske samhandlingen og som dokumenterer at alle mennesker har disse følelsene i seg. De konkluderte med at alle som arbeider innen terapi må godta å kunne ha disse ubehagelige følelsene og reaksjonene. Det å ha kunnskap om disse psykologiske prosessene som foregår mellom pasientene og behandlerne, kan gi muligheter for å økt forståelse for pasientene og deres problem, og som igjen kan være til hjelp mot de utfordringene de psykiatriske sykepleierne føler de møter.

Følelsene som dukket opp hos de psykiatriske sykepleierne kan en også forsøke å se fra en annen side også. Når de psykiatriske sykepleierne stiller spørsmål for å komme nærmere eller til bunns i hva som ligger bak selvskadningen hos disse jentene, kan det være at de ikke ønsker å fortelle noe. De kan spille på sine registrer, og bruke motoverføringene på en mer utspekulert eller ubevisst måte overfor sykepleierne. Den psykiatriske sykepleieren har i utgangspunktet kanskje mer makt i relasjonen til jenta. Denne makten kan jenta kanskje forsøke å utligne nettopp ved å unngå å snakke om ting. Språk har makt. Det er slik at noen snakker lett om ting, mens andre igjen ikke ønsker å fremheve det som ligger dem tungt for hjertet og blir tause. Dagny (s.5) forteller at der kan «bli en stillhet». Det at jenta ikke ønsker å snakke om ting kan igjen føre til at sykepleieren føler hun ikke kommer noen vei, som fører til følelser som at hun ikke strekker til og som vekker frustrasjon hos henne (Meyer 2000). Bourdieu (1996) snakker om symbolsk makt. Den symbolske makten er ifølge han usynlig. Den kan utøves med delaktighet og av noen som ikke vet at de bruker den heller. Det er jo dette det ser ut til skjer i samspillet mellom sykepleieren og jenta. Jenta kan ved å la være å snakke og på den måten vekker følelsene i sykepleieren som kanskje gjør at hun gir opp. Å skape denne avmaktsfølelsen kan sees på som bruk av makt fra pasientens side. Avmakt er noe eksistensielt, noe en kan erfare og som en føler på kroppen. Bourdieu mener at for å hindre bruk av makt og at noen sitter igjen med følelse av avmakt, må en redusere styrkeforholdet i relasjonen mellom jenta og den psykiatriske sykepleieren (Bourdieu 1996, Meyer 2000). Suyemoto (1998) mener at pasientene blir så påvirket av sine affektive reaksjoner at de ikke oppfatter reaksjonene de skaper hos andre. Øverland (2006) hevder, at uansett hvor mye erfaring en har, så kan de psykiatriske sykepleierne oppleve å bli berørt av disse følelsene. Viktig blir det da å erkjenne og lære å kontrollere disse for å imøtegå utfordringer ved dette.

4.1.2 Utfordringer når en føler redsel og uro

Under intervjuene kom det også frem at redsel og uro var en utfordring for de psykiatriske sykepleierne også står overfor. Denne redselen gjorde seg utslag på to måter. Den første måten dreier seg om redselen for hvor mye pasienten skadet seg selv når de kuttet seg, den andre var redselen for selv å bli skadet. Anna (s.11) kunne fortelle at hun «følte ubehag når hun kom opp i situasjoner der hun ikke visste hvor stor skaden var, eller omfanget av denne». Berit (s.3) kunne fortelle at jenta hun refererte til i intervjuet «hadde utagert tidligere» og at de derfor var forsiktige på grunn av egen sikkerhet til å gripe inn i situasjoner hvor pasienten skadet seg. De var redd for å fjerne barberbladene med makt fra henne. Dette viser at de

utfordringene personalet står overfor i slike situasjoner kan gi følelser av uro og ubehag da egen sikkerhet blir stilt til veggs. Rovik (2007) fant i sine undersøkelser ut at sykepleiere som arbeider inne i institusjoner ofte får følelser omkring det at atferden er så uforutsigbar, at dette gir angst og redsel for når skadningen vil finne sted. For å kunne imøtekomme en slik utfordring kreves det at ledelsen innen døgnenheten er enige om hvilke reglement som skal fungere. I følge arbeidsmiljøloven har alle arbeidstakere i Norge krav på en sikker og trygg arbeidsplass (Lov om arbeidsmiljø 2006). De skal slippe å måtte gå på jobb å føle at de befinner seg i situasjoner hvor de står i fare for selv å bli skadet eller angrepet av pasienter. Likevel vil det på den andre siden kunne oppstå følelsesmessige etiske dilemma for den psykiatriske sykepleieren som må ta valg om å hjelpe eller forlate situasjonen nettopp for at en føler seg utrygg. Dagny (s.5) kunne fortelle at «*hun føler pasientene sanser*» hvor hun befinner seg i situasjonen. De sanser om jeg er «*redd eller ikke*». Hvis pasientene ser at sykepleieren er redd kan dette føre til at hele situasjonen øker i omfang eller føre til at pasienten selv blir redd med tanke på at de har skadet seg alvorlig. For som Dagny (s.5) uttrykte var det «*tusen tanker som for gjennom hodet hennes før hun fikk oversikt over skaden*».

De psykiatriske sykepleier har pasienten sikkerhet i fokus samtidig som de er redd for selv og bli skadet i situasjonene. Kanskje de burde vært to fra personalet for å kunne ivareta både egen og pasientens sikkerhet. Når det kommer til bruk av makt for å hindre selvskading, oppfordres det ikke til å ikke bruke dette, da det vil kunne gjøre situasjonen verre. I følge Moe og Ribe (2007) fungerer det bedre med overtalelser og frivillighet. Bruk av makt i flere situasjoner vil kunne fremprovosere nye skadeepisoder, dette for at jenta da skal vise hvem som bestemmer. Bruk av makt kan føre til sinne og aggresjon som gjør at den unge jenta kommer over i ny periode med vonde følelser, som igjen trigger til ny skadeatferd. Hvis de psykiatriske sykepleierne i møtet med de unge jentene opplever at følelsene ved å se jentene skade seg blir overveldende eller utfordrende, kan dette føre til at de distanserer seg fra pasienten. Derimot hvis de lærer å skyve disse følelsene til side og reflektere over hva dette er, og heller snakke med sine kollegaer om dette, kan de lære å takle dette når de kommer i nye lignende situasjoner (Spurkeland 2012, Moe & Ribe 2007).

4.1.3 Selvskading og stress

Når en arbeider med unge jenter som kutter seg selv, vil det være helt normalt å kunne kjenne stressreaksjoner. Anna (s.10) har vært i situasjoner hvor hun tenkte at *«dette vil jeg ikke mer, og gått ut av rommet hvor jenta har skadet seg»*. Hun følte seg *«så stresset»* at hun ikke ville vært til noen hjelp overfor jenta. Hun kunne fortelle at hun i en slik situasjon har *«valgt å forlate»* pasienten nettopp for å unngå å skremme jenta. Hummelvoll (2014) snakker om det han kaller for sekundær traumatisk stress. Han sier dette er en form for posttraumatisk reaksjon som kan oppstå hos psykiatriske sykepleiere. Dette skyldes mest sannsynlig at disse sykepleierne tar til seg opplevelser fra pasienten. Samtidig sier Anna (s.10) *«hvor viktig det er å ha den innsikten å kunne skille mellom hva pasienten føler og hva hun selv føler, det å vite at de påvirker hverandre på det følelsesmessige plan»*. Berit (s.1) følte *«sorg og sinne»* når hun så jenta skadet seg selv. Anna (s.11) betegner det å kjenne *«hjerterbank i situasjoner hvor det er litt blod og hvor hun kjenner lukten av dette»*, som normale stressreaksjoner. Hun *«påvirkes av dette»*, men at hun ikke har opplevd å ha mareritt eller lignende tilstander som følge av det som var ubehagelig. Dette viser jo at de følelsene som pasienten går inne med, lett kan la seg overføre til den psykiatriske sykepleieren. Disse unge jentene befinner seg jo i en krise. En krise som hun som psykiatrisk sykepleier skal gripe fatt i og arbeide mot sammen med pasienten. Følelsene hos pasienten kan bli så overdådige at disse smitter over til sykepleieren som på sin side igjen får problemer med å takle egne følelser. Collins & Long (2003) sier at der er sett varierende traumatiseringer hos hjelpere som arbeider med kriser. Knutsson (2004) hevder behandlerne kan oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner, og disse er det viktig å kjenne til når de arbeider med unge jenter med selvskading.

4.2 utfordringer i miljøterapien til unge jenter med selvskading

Det andre temaet som kom frem i intervjuene omhandlet det som de psykiatriske sykepleierne oppfatter som utfordrende med de unge jentene, mens miljøterapien pågår i døgnenheten. Miljøterapi består i å gi behandling i et miljø som er mest mulig naturlig for pasienten og som bidrar til samhandling mellom pasienter og pleiere, og omgivelsene rundt. Denne terapien kan gis i psykiatrisk sykehus eller annen døgnbasert institusjon. (Skårderud & Sommerfeldt 2013, Vatne 2006).

Som Cathrine (s.5) sier *«det er utfordrende å arbeide med unge jenter med selvskading»*. Pasienter med selvskading gir store utfordringer til det psykiatriske helsevesenet (Thorsen

2006, Sosial- og helsedepartementet 2008). Undersøkelser gjort av Rovik (2007) viste at personalet innad i institusjoner hadde vanskeligheter med å forstå selvskading som fenomen. Inne i en døgnenhet er målet å finne måter for å kunne møte den selvskadende atferden som disse unge jentene sliter med. Derfor blir det viktigere å fortelle dem at vi forstår at de har det vanskelig og la pasienten kjenne på vår oppriktighet. Cathrine (s.7) sa videre at *«det som er vanskelig er jo at vi ikke vet om vi møter dem igjen»*. *Det uforutsigbare, at du går inn som helsepersonell og vil at den hjelpetrengende får lov å kjenne på tilliten»*. Tilliten du skal opparbeide inne i en døgnenhet handler om å legge ting til side og ha den egenskapen om å være til stedet sammen med pasienten. Det å la pasienten kjenne på en oppriktighet og ser at en er i stand til å handle (Vatne 2006).

På den andre siden kan Anna (s.6) fortelle at det *«kan være vanskeligheter med å skape tillit, da hun har opplevd mistillit tidligere»*. Da vil det være en ekstra stor utfordring for den psykiatriske sykepleieren å nå inn til jenta. Det at jenta har vært gjennom hendelser som gjør det vanskelig for henne å kanskje stole på helsepersonellet. I denne sammenhengen ser vi at Cathrines (s.1) opplevelse der *«legen sydde uten bedøvelse»*, kan gjøre at det blir vanskeligere for den psykiatriske sykepleieren å oppnå kontakt i ettertid. Det blir vanskeligere opparbeide tillit, og tillit skapes av å være der for dem. For som Cathrine (s.3) sier *«det handler om tillit, og den tilliten tar det lang tid å opparbeide på mennesker som har opplevd så mye i livet sitt og som er så sårbare, jenta er blitt krenket på det verste og det blir da svært utfordrende og opparbeide tillit på nytt»*.

Bengtsson (2006) sier at det er gjennom kommunikasjon, samhandling og deltakelse at vi får ta del i pasientens livsverden. Relasjonen hvor terapi skal skje trenges å bygges opp, og da blir sykepleierens handling viktig. Det som omhandler tillit og fortrolighet utvikles allerede i det første møtet. Ifølge Dyregrov (2004) skjer det i samspill hvor den psykiatriske sykepleieren benytter seg av verbalt språk og ikke av kroppsspråket alene. Det at sykepleieren tar ansvar for å starte kommunikasjonen vil være med å trygge jenta i møtet med henne. Dagny (s.6) mener at det *«å arbeide i en døgnpost eller korttidspost er utfordrende»*. De fleste kommer inn med kriser. Mange pasienter har tunge og store historier, som man gjerne deler eller som en mener er nødvendig å ta tak i. Disse tunge historiene *«gjør det vanskelig for henne»* når hun skal bygge relasjon til den unge jenta som har opplevd kanskje overgrep i barndommen, som hun sier *«det er veldig traumatiserende å lytte, være vitne til noe som kanskje enda pågår»*. Felitti & al. (1998) fant i sin forskning ut at de kvinnene som ble spurt

om de vanskelige tingene, slik som seksuelt misbruk, ønsket dem velkommen. Videre mente de at det burde være rutiner for å snakke om slike hendelser og opplevelser, nettopp for å komme nærmere hverandre. Kvinnene mente det var viktig at helsepersonell som skulle arbeide med dette som de kalte for belastende oppvekstvilkår og uønskede eksponeringer i barndommen, trenger å trenes opp i å kunne stille spørsmål rundt sosiale, emosjonelle og medisinske spørsmål som de har opplevd så langt i livet. Det er nettopp i en slik dialog en får tak i hva som berører jentene og som gir tilgang til deres livsverden (Bengtsson 1999).

Lindgren & al. (2004) sier noe om at hvis pasienter ikke blir møtt på riktig måte ødelegger dette håpet hos dem. De tok for seg svenske kvinner som kunne fortelle at de forventet å bli møtt på en bestemt måte. De ønsket omsorg og de forventet å få bekreftelse på sine problemer og følelser. De snakket om at de ikke ble verdsatte. Det å ikke bli sett og trodd på. De følte det svingte fra det negative til det positive hele tiden. Cathrine (s.12) mente at *«det med håp blir viktig for alle mennesker, mange ønsker endring, og det med at dem har noen som veileder og som kan hjelpe dem til å gjøre endring i sitt eget liv og som kan bære håpet for dem når det er som mørkest»*. Det kan være vanskelig og tungt for den psykiatriske sykepleieren å bære dette håpet. Å bære håpet for en pasient som i utgangspunktet ikke ser noen løsninger, det å være den som driver håpet videre, kan gi utfordringer både på det fysiske og det mentale plan hos hjelperen. Thorsen (2006) hevder at det å gi håp kan bli vanskelig når en ser at det en forsøker å hjelpe de unge jentene med, stadig blir sabotert. Uansett hva en gjør kommer de tilbake med ny selvskading. Herrestad (2009) mener at håpet har gjennom forskning vist seg å være en viktig terapeutisk faktor for pasienten med psykiske lidelser. Når du arbeider med unge jenter med selvskading er det med håp viktig. Når vi skal forsøke å endre den selvskadende atferden som den unge jenta har, blir det viktig å formidle håp. Håpet er det som gir inspirasjon til å orke å fortsette å leve livet. Cathrine (s.12) sier så fint – *«når jeg i møte med pasientene hvor deres smerte går inn i min kropp som fysisk smerte, så er det veldig viktig for meg å stoppe opp. Det er veldig viktig for meg å kjenne etter og finne ut hva dette handler om. Derfor sier jeg til meg selv, at dette finner jeg ut av, og jeg må forstå hvorfor jeg kjenner det slikt i min kropp. Det er ikke alltid bare pasienten det handler om, fordi vi lever et liv i tillegg, som kanskje også preger oss i møte med pasienten»*. Det her er et tydelig bevis for at vi er kun mennesker. Vi har vårt eget liv med inn i møte med pasientene, dette livet forsøker vi å sette på vent, men det er ikke alltid vi klarer dette. Vårt liv kan være med å styre våre valg på lik linje som pasientene opplever at kanskje sykdommen preger deres valg. Håp er en bevegelse mot hva som er mulig å oppnå (Herrestad 2009,

Schank & al. 2008). Som Cathrine (s.12) sier «*så bærer jeg mye av håpet i form av den kunnskapen som jeg har tilegnet meg og som er integrert i meg*». Dagny (s.7) snakker om at «*en må ikke bli for utinntatt*». En må møte nye mennesker med et åpent sinn. Hun hevder at ved å lese henvisningen så «*kan dette lett farge henne som psykiatrisk sykepleier*» når hun går inn i en ny relasjon. Hun reflekterer over at det er viktig at hun møter mennesket på samme måte som hun selv ønsker å bli møtt. Hun må «*bli kjent*» og hun «*må forstå*» hvorfor denne jenta sliter. Likevel mener hun at hun ikke kan «*bli for ivrig*», for noen ganger får hun lyst til å gjøre flere ting samtidig, men at det blir viktig å vise tålmodighet. Det å innta en håpefull holdning innebærer ifølge Herrestad (2009) at en forsøker å tolke det som skjer på en positiv måte. I en svensk undersøkelse viste det seg at det var svært viktig for omsorgen sin del, at sykepleierne bekreftet og forstod jenter med selvskading. Ved å ikke gi anerkjennelse og bekreftelse til disse unge jentene, vil dette være med å ødelegge håpet hos dem. Det å bli bekreftet som menneske og individ har betydning for sykdomsutviklingen. Håp innebærer at en ønsker at noe skal bli virkelig og at en ønsker å oppnå en tilstand der jenta ikke skader seg selv. Et av temaene de tok opp var at det å ikke bli koblet til eller få kontakt med personalet, kunne i verste fall føre til nytt traume. Personalet må lære de unge jentene å uttrykke sine følelser og sine frustrasjoner og hjelpe de å sette ord på ting, for å imøtekomme utfordringer som omhandler selvskading (Yip 2005, Lindgren & al. 2004).

4.2.1 Utfordringer når selvskading brukes som kommunikasjon

Kommunikasjon er vårt fremste verktøy som psykiatriske sykepleiere. Når kommunikasjonen svikter vil også muligheten til å oppnå kontakt falle bort. Evnen for å kunne observere og lytte er en forutsetning for å kunne føre en dialog. Manglende kommunikasjonsferdigheter vil igjen påvirke både problemforståelsen og ikke minst strategier for videre samarbeid (Andersen & Jensen 2000). Når Anna (s.1) da forteller at «*først og fremst virker utfordringa til å være å nå frem til pasienten med selvskading*», vitner dette om at kommunikasjonen ikke fungerer. Det blir vanskelig for henne å kunne kommunisere hva hun ønsker å oppnå i behandlingen til den unge jenta. Eide & Eide (2014) snakker i sin bok om kommunikasjon mellom to parter. Når Anna opplever å ikke nå inn, kan en gå ut fra at kommunikasjonen kun skjer en-vei. Dette gir Anna noen utfordringer i kommunikasjonen med den unge jenta med selvskading. Brodtkorp (2001) som intervjuet 12 sykepleiere mener en kan forstå selvskadende atferd som en måte å kommunisere på. Pasientene sender ut signaler til sine omgivelser, men at disse blir for utydelige for de andre, og mente dette kunne sees på som en indirekte kommunikasjonsform. En kommunikasjonsform som ba om hjelp. Kommunikasjon må i helsesammenheng sees på

som en vedvarende og dynamisk prosess, hvor målet er å skape forandring for den unge jenta med selvskading. Viktig er det da å vite at i dette samspillet vil en kunne påvirkes av hverandre (Hummelvoll 2014). I det Anna (s.1) stiller direkte spørsmål til jenta og ser at *«hun unngår det hun snakker om»*, vil hun som sykepleier måtte løfte frem kommunikasjonen til jenta. I mangelen av kommunikasjon fra jentas side vil Anna måtte ty til andre midler. Gjør jenta dette for å provosere eller er det en annen form for kommunikasjon. Sommerfeldt & Skårderud (2009) snakker i sin artikkel om nettopp dette. Gjør hun dette for å hevde seg i et hierarki som kanskje er å finne i døgnenheten eller er det et behov for oppmerksomhet. Det er svært viktig at sykepleieren forsøker å finne ut av årsaken til den manglende kommunikasjonen. Dette vil være avgjørende for fremdrift i videre terapi og behandling. Anna (s.3) lurte jo også på om at det først og fremst kunne være slik at selvskadingen denne jenta bedrev var *«en form for kommunikasjon»*. Hun mente at hvis jenta i mangel av annen mulighet til å kommuniserte, bruke hun kanskje selvskadinga som sin form for kommunikasjon. Hun reflekterte også over om at hvis jenta *«hadde hatt en annen mulighet»*, ville det ha avverget skaden eller avhjulpet situasjonen. Selvskading som kommunikasjon kan handle om et ønske om omsorg inne i institusjoner (Sommerfeldt & Skårderud 2009).

Moe (2007) forteller at ei jente hun intervjuet sa hun var fortvilt over at hun følte seg unormal og fremmed, fordi hun ikke fant ut hvordan hun skulle uttrykke seg. Videre sier hun at det er viktig at disse unge jentene som skader seg selv får metakommunisere om sine uttrykksformer, nettopp for å kunne finne andre måter å kommunisere på. Anna (s.4) mener at *«hvis jenta får speilet den følelsen som gjør at hun får en trang til å skade seg selv»* opp mot sykepleieren ville hun kanskje valgt noe annet. De impulsene og følelsene som dukker opp hos henne ville hun kanskje klart å uttrykke på annen måte enn å kutte seg opp. Dette ville jo vært vanskelig da Anna (s.2) mente hun virket å være *«innesluttet»* og ikke ville snakke med henne. Anna (s.4) reflekterer også rundt det med *«egen forforståelse»*, om den kunne hjulpet henne i kommunikasjonen. Hun tenkte at hvis hun *«forsøkte å være i forkant»* av de situasjonen der jenta valgte å kutte seg, kunne dette vært til hinder for den selvskadende atferden, men at det da krever at en vet bakenforliggende årsak. Evang (2010) sier at det er viktig at pasienter som ikke klarer å sette ord på ting, får hjelpe til nettopp dette. Han mener at hvis pasientene ikke klarer dette vil der være kort avstand mellom impulsen som inntreffer og den selvskadende handlingen. Hvis en forklarer pasienten at det er uhensiktsmessig å handle for raskt da det fører til skade og ulemper i ettertid, så oppnår en kanskje at pasienten stopper opp og velger å tenke over dette. Weber (2002) hevder at ved å avlede når vanskelige

følelsesreaksjoner kommer, vil dette kunne hindre selvskading hos de unge jentene. Da vil kommunikasjonen virke og en slipper kanskje slike utfordringer i fremtiden.

4.2.2 Utfordringer vedrørende sympati vs antipati innenfor arbeidet med selvskading

Ifølge Brodtkorp (2001) viste det seg at følelser som sympati for jentene og antipati mot selvskadingen var vanlige blant behandlerne i de undersøkelsene hun gjorde. Det å ha et ønske om å verne og beskytte pasienten, det å ha medlidenhet for situasjonen jentene befinner seg i, ble sett på som sympati. Likevel skal en være forsiktig ifølge undersøkelsen om å bli for sympatisk også. Å komme for nær vil kunne føre til at en blendes av pasientens historie og mister sin objektivitet (Loren 2006, 2008) Sympati må ikke forveksles med empati. Et annet ord for empati er innlevelsessevne. Når det snakkes om empati dreier det seg om å føle seg inn i et annet menneskets følelser (Hummelvoll 2014). Berit (s.5) fortalte om en jente som slapp henne til og som etter oppholdet i døgnet sendte henne et brev. I brevet fortalte hun at *«hun som psykiatrisk sykepleier alltid var der for henne og visste når hun skulle trøste henne og puffe henne fremover»*. Dette mente Berit handlet om at jenta *«stolte på henne»*. Å innta en empatisk holdning overfor pasienter handler om å dele et annet menneskets følelsesmessige opplevelse av en viss situasjon. Å utvikle empati må forstås som en prosess der en forsøker å oppnå kunnskap om det andre mennesket og hvor en forsøker å finne ut hvor pasienten er i sine følelser. Forutsetningen for at sykepleieren skal kunne lykkes er å lytte empatisk til den unge jenta med selvskading, og vise at hun er der for henne (Karterud & Monsen 1997, Hummelvoll 2014). Berit (s.5) opplevde dette som et resultat av erfaringer hun hadde gjort med denne jenta. *«Hun hadde gjennom sin tid sammen med henne fått så mye kjennskap til hennes følelsesliv at hun visste når hun trengte å være der for henne»*. Dette vil jo være svært avgjørende for hvordan jenta oppfatter sin relasjon med Berit. Det at denne jenta snakket med Berit om sine problemer og så at hun ikke trakk seg tilbake, på tross av den vonde opplevelsen hun hadde i skadeøyeblikket. Det at en har erfaringer og muligheter for å hjelpe til med ressurser, er viktig for å skape styrke i en relasjon med en pasient. Det at en gjør mer for pasienten enn det den forventer er med på å styrke relasjonen mellom pasienten og den psykiatriske sykepleieren (Topor & al. 2006). Berit (s.5) følte hun *«fikk en morsfølelse for henne,»* da hun sammenlignet henne med sin egen datter. Hun *«følte tilknytning»* begge veier. Samtidig skal en være forsiktige med å gi for mye trøst og beskyttelse, da dette kan slå andre veien (Barstow 1995). Topor & al. (2006) refererer i sin forskning til et intervju gjort med en informant, der denne kunne fortelle hvorfor hun verdsatte den ene sykepleieren fremfor de andre i avdelingen. Dette skyldes at hun kom nært denne sykepleieren og at hun opplevde

henne som en venn. «*Hun lot meg bli venn med henne uten at hun gjorde noe stort ut av dette*» (Topor & al. 2006: s.30).

I en undersøkelse gjort blant pasienter med overdoseproblematikk som selvskading. Ble det etterlyst mer empati blant psykologer og leger, da det viser seg at disse er mest opptatt av å redde liv. Psykiatriske sykepleiere igjen var mer opptatt av omsorgsrollen de hadde. Så studien slo fast at legene måtte ta mer del i hele forløpet for behandlingen (Hawton, Marsack & Fagg 1981). For som Berit (s.6) sa «*jeg har fulgt henne til lege, var der for henne, trøstet henne, noe som viste seg å gi resultater over tid*». For noen kan det å bli for sympatisk være vanskelig, da de er redd for å forsterke pasientens selvskading (Barstow 1995). Ifølge Arnold & Magill (2005) er det større fare for selvskading når en blir for tilbakeholden i sin holdning til pasienten.

På den andre siden av det følelsesmessige spekteret som ligger hos de psykiatriske sykepleieren finner vi antipati. Det er det motsatte av empati og sympati. Dagny (s9-10) fortalte om perioder hvor hun hadde tenkt – «*tro om jeg skulle ha gjort noe annet - nå er det blitt litt for meget på skuldrene her*» Hun har opplevd stunder der hun har «*fått nok*». Når hun har arbeide med samme pasientgruppe over en tid ser hun at hun trenger noe nytt. Hun mener hun trenger å få «*en liten pause fra det som har vært så tungt og så utfordrende*». Slike opplevelsene kan skyldes at hun har arbeidet med selvskading hos unge jenter over tid og ikke sett fremgang. «*Der skjer hele tiden ny selvskading og hun føler ingen ting hjelper*». Dagny (s.10) snakker om at hun blir «*fylt opp*» og når en blir fylt opp, «*stenger man av*».

Hvis en stenger av for nye muligheter går en seg fast i situasjonen og en kommer ingen vei med behandlingen. I en undersøkelse gjort i behandlingssenheter for ungdom i England, viste det seg at sykepleierne og de ansatte der opplevde at de fikk antipati mot å arbeide med unge pasienter som hadde gjentagende selvskadende atferd. Resultatene sa at det var svært viktig at de ansatte fikk opplæring og informasjon om hva som spilte inn i relasjonen til disse unge menneskene og hva som hjelper dem. Det viste seg å være innslag av både empati og antipati som kunne påvirke relasjonen mellom ansatte og pasientene. Et annet funn var at det var viktig at sykepleierne gav positive tilbakemeldinger til pasientene med selvskading, for å kunne styrke den terapeutiske kommunikasjonen med dem (Dickinson & Hurley 2011). Når Dagny gjentatte ganger opplever å bare arbeide med en gruppe pasienter slik som selvskading, er det viktig at hun blir hørt. Å stå i situasjoner over tid vil være ødeleggende for henne i det lange løp. Hun risikerer å utvikle holdninger som for henne er forkastelige. Når

hun ser at hun ikke kommer noen vei i hjelpen hun gir til de unge jentene risikerer hun å utvikle antipati mot selvskadende atferd (Loughrey & al. 1997). Brodtkorp (2001) fant ut at mer en halvparten av respondentene opplyste at antipati var vanlig å utvikle, og vil da gi utfordringer som er vanskelige å løse.

4.2.3 Selvskading som straff

Anna (s.4) har opplevd at pasienten bruker «*selvskading som middel mot eget ubehag*», sitt kaos, sine destruktive tanker eller minner. Ifølge henne har pasienter i etterkant fortalt at det «*kun er selvskading som hjelper*». Dagny (s.2) kan fortelle at unge jenter som driver selvskading også gjør dette som «*en straff overfor seg selv*». De har fortalt at de mener de fortjener dette da de «*har hatt det for hyggelig*», nå har jeg har hatt det for bra, sånn at nå er jeg nødt til å ha smerter. En del av hennes utfordring blir da å bygge relasjon til den unge jenta. Dagny (s.2) mener at en «*god relasjon handler om trygghet*», det å tørre å snakke om ting. Det å være ærlig og åpen i relasjonen med det andre mennesket. Det kan hjelpe å snakke om selvforakten jenta føler (Skårderud & Sommerfeldt 2009). Rosenvinge (2008) snakker om en psykodynamisk modell som viser til at selvstraff, skyld og aggresjon som rettes mot seg selv, skyldes mangle på egofunksjoner. Dette vil igjen føre til at disse jentene ikke klarer å håndtere vanskelige og negative følelser, som igjen vil resultere i selvskading. Disse egofunksjonene er hos mange mennesker mer umodne enn hos andre. Da bør den psykiatriske sykepleieren ha fokus på de mer modne egofunksjonene, som kan være utsettelse av behovstilfredstillelser eller toleranse for frustrasjon og smerter. Hvis en da får jenta til å snakke om sine problem kan en ta opp de mer umodne funksjonene, for å hjelpe henne til å få øye på disse også. Ifølge Evang (2010) kan jenta i mange tilfeller føle seg hjelpeløs og har kanskje dårlig selvbilde, det kan da bli viktig for sykepleieren å hjelpe henne til se andre valg, slik at en unngår bruk av selvstraff.

4.2.4 Selvskading og smerte

I intervjuet med Berit (s.1) kunne hun fortelle om en situasjon som for henne ble svært vanskelig og utfordrende. Hun fortalte at hun og en annen sykepleier kom inn på rommet til en ung jente «*for å få henne til å gi fra seg barberblader hun brukte til selvskading*», da hun tuet med å ta sitt eget liv. Berit (s.1) sa videre at det var «*utfordrende å være til stedet når jenta valgte å kutte seg, noe som resulterte i 27 sting og det var vondt å se henne skade seg selv*». Det første en tenker er jo at hvorfor skjer dette selv om personalet var til stedet. Ønsket hun virkelig så sterkt å ta sitt eget liv eller var dette et tegn på noe annet. Ønsket jenta å bli

sett eller var det andre årsaker. Skårderud (2003) kan fortelle i sin artikkel at den med selvskadende atferd ofte retter søkelyset mot seg selv, i stedet for å utagere på andre måter. Han mener at det mest vanlige i situasjoner hvor pasienter velger å skade seg, skjer selvskadingen i det skjulte. Noen ganger skjer dette samtidig som noe er til stedet, da ofte for å kunne være synlig. Dette skjer ifølge han fordi de ønsker omsorg. Det igjen viser seg jo å bli svært vanskelig for Berit som er til stedet og opplever dette. Det er hun som skal ivareta jenta, noe hun finner vanskelig når noe slikt skjer.

Hvis en tar utgangspunkt i avhengighetsteorien hvor en tror at enkefaliner utløses ved smerter, så kan en kanskje forstå hvorfor den unge jenta velger å skade seg selv. Likevel uttrykte ikke jenta smerter i det hun skar seg. Noe som stiller et kritisk blikk på teorien (Bjørneset 2003). Hun kan ha utført handlingen i affekt.

Sommerfeldt og Skårderud (2009) hevder at selve skadingen kan skje i affekt. I dette tilfellet hvor en ser at jenta, selv om det er sykepleiere til stedet, velger å kutte seg, kan en jo stille spørsmål om dette skjer i affekt. Dette viser at det å kutte seg når noe blir vanskelig, gjøres som et resultat av å regulere de vanskelige følelsene der og da. For som Berit (s.2) sa hun trodde at den her gangen «ble det så sterkt for henne at hun bare måtte skade seg». Dagny (s.1-2) igjen tenker at selvskading er «et uttrykk for indre smerter». Cathrine (s.9) kan fortelle at hun har stor forståelse for at følelsesmessige smerter kan være så sterke at «selvskading er den eneste måten å håndtere disse smertene på». Ifølge Øverland (2006) gir selvskading kontroll. Denne indre smerten klarer ikke jenta takle på en grei nok måte, og den viser seg ved at hun velger å kutte seg. Bjørneset (2003) hevder at noen sammenkobler smerten med en god opplevelse. Dette kommer av at selvskadingen kan bli et redskap som hjelper mot disse indre smertene og er med å regulere følelsene som oppstår i forkant. Berit (s.6) viser til en opplevelse der jenta selv «bare satt og presset håndkleet hardt for at hun skulle kjenne smerten». Berit mener at for den «smerten de føler må jo være helt enorm», og kanskje er det den voldsomme smerten jenta følte, som hun sitter igjen med etter denne situasjonen. Når du da som psykiatrisk sykepleier skal arbeide videre i relasjonen med jenta, vil en naturligvis «være berørt» av en slik hendelse.

Når det kommer til selvskading kan mange psykiatriske sykepleiere bli svært overveldet av den smerten som jentene med selvskading bærer på. For det er klart at hvis sykepleieren «opplever smerten som kjennbar» som Dagny (s.5) kunne fortelle, så har en forståelse for at ting kan bli vanskelige. Øverland (2006) mener de psykiatriske sykepleierne bør innta et

salutogenetisk perspektiv og stille seg selv spørsmål om hva som fikk de unge jentene til å søke hjelp, på tross av den smerten de føler. Ved å gjøre dette og heller fokusere på det positive i situasjon fremfor det negative, så vil hun kunne bygge relasjonen ved hjelp av dette. Dess mer negativt sykepleierne får vite om livet til jentene, dess vanskeligere blir det å se løsninger og muligheter til å kunne hjelpe dem. Sosiologen Antonovsky var den som først tok opp dette med salutogenetisk tekning innen helsefagene. Innenfor det salutogenetisk perspektivet fokuserer en på mer helsefremmende faktorer hvor den psykiatriske sykepleieren ser på jenta som ei som har overlevd til nå og har fokus på hvorfor hun har klart seg så langt. Teorien skal fremme menneskets evne til aktivt å tilpasse seg økt mestring og velvære. Antonovsky var svært klar over at sosiale forhold har store innvirkninger på menneskers liv. Han så på sammenhengen mellom opplevelsene til pasientene. Ved å se på meningen og finne tak i noe som var begripelig, kunne dette være med å finne noe som var håndterlig (Langeland & al. 2007, Lindstrøm & Eriksson 2006, Antonovsky 1996). Det anbefales ikke innenfor selvsikadningsterapier at en setter for stort fokus patogenesisen, hvor en søker etter årsaker til sykelige tilstander (Øverland 2006). Den psykiatriske sykepleieren må ta med i sine betraktninger at jenta kan ha opplevd tap av relasjoner, noe som kan gi følelser om avvising. Smerten hun da påfører seg selv, kan være et resultat av nettopp denne avvisingen ifølge Rovik (Rovik 2001, Dåstøl 2008). I et hermeneutisk perspektiv mener Schibbye (2002:21) at en må se på alle delene for å kunne forstå helheten i relasjonen. Våre teoretiske antagelser vil virke inn på vår måte å være sammen med pasienten på. Hva vet vi om denne smerten. Smerte er en subjektiv opplevelse med bakgrunn både i sensoriske og emosjonelle faktorer. Opplevelsen rommer sanseinntrykk og følelser og vil være preget av situasjonen pasienten befinner seg i. Smerten oppfattes av jenta som ubehagelig, og vil være preget av den depressive tilstanden hun befinner seg i (Eriksen & al 2000). Smerten må sees på som et fenomen hvor både kroppslige og sjelelige aspekter er integrert i pasientens verden, og derfor vil den måtte uttrykke seg forskjellig fra menneske til menneske. Jenta som opplever denne smerten er et menneske og våre holdninger må da tilpasses henne individuelt (Nortvedt 2000). Dette vil innebære å gi støtte og være til stedet for jenta når hun behøver dette. Ved å snakke om venner eller faktorer som kan virke beskyttende overfor jenta, kan en kanskje bringe frem personlige ressurser. Dette for å skape tro på at der finnes måter å løse problemer på som er mer konstruktiv enn den selvsikadende atferden er. Wattum (2011) mener samtalen da kan være det som hjelper for å dempe den utholdelige smerten jenta føler der og da, og slik hindre ny selvsikadning.

4.2.5 Selvskading og tilgjengelighet – kontinuitet og regelmessighet

I følge Borg & Topor (2014) forløper ikke den psykiske lidelsen jevnt. Sykdommens art går gjerne i bølger hvor en befinner seg i både gode og dårlige perioder. Dette gjør det vanskelig å inneha en forutsigbarhet for når neste skadeepisode kommer. De snakker om at de psykiatriske sykepleiernes hverdag fylles opp av andre ting som planlegging, veiledning og møter, noe som vanskeliggjør det å være til stedet og parat når noen trenger en. Tiden som da skal tilbys pasienten må derfor brukes godt og evalueres underveis.

Anna (s.8-9) snakker om at *«tiden inne i døgneten blir viktig for å kunne skape en god relasjon»*. Det å være inne i en døgneten for lenge gir ikke bestandig fordeler for pasienten ifølge Moe & Ribe (2007). I boka si har de intervjuet flere pasienter som sier noe om dette å være innlagt. Det å være innlagt over lengre tid eller ha full tilgjengelighet til en behandler er ikke nødvendigvis det pasientene trenger. Dette kan ifølge dem, være hardt for noen behandlere å forstå. Pasientene kunne fortelle at det å være litt på egenhånd gav dem muligheter for å beholde sin frihet og se ting litt på avstand. De fikk følelsen av å selv ha kontroll, noe som ble viktig for dem (Moe & Ribe 2007). Men når pasienten virker til å ha *«ambivalens for hva de skal foreta seg»* som Anna (s.9) nevnte, blir det en utfordring for hvorvidt de har kontroll i sin behandling. Det er den psykiatriske sykepleieren *«sin jobb å bygge relasjon til den unge jenta med selvskading»* ifølge Dagny (s.8). Det er jeg som er fagmennesket, og da kan ikke jeg sitte å vente på at pasienten skal komme å si at *«nå vil jeg snakke med deg»*. Hun mener det er hun som må være på offensiven. Likevel er det slik at utfordringen kan bli stor når en blir sittende inne i stua og venter på at pasienten skal bli klar. Noen ganger må en bare *«være, og være og tåle å være»* i situasjonen selv om der blir en stillhet, for jeg vet det tar tid å bygge relasjoner (Dagny s.8). Kirkengen (2005) sier at underkuete relasjoner blir et hinder for å inngå nære relasjoner. Det å overrumple noen kan føre til at jenta isolerer seg sosialt, da de føler de ikke er noe verdt. Det å ikke føle seg noe verdt vil igjen føre til sviktende egenomsorg og at jenta selvskader på nytt som følge av negativ selvfølelse. Topor (2003) omtaler et prosjekt i Gøteborg som hadde til oppgave å utvikle nye metoder til personer med omfattende rehabiliteringsbehov. Deltakerne hadde erfaring også fra døgnbaserte enheter. Det viste seg at informantene opplyste om at de ikke hadde nok tid til disse pasientene sammenlignet med alle andre, på tross av sine omfattende behov (Topor & Borg 2014, Topor 2003). Så når Anna (s.11) forteller at hun *«har opplevd at hennes tilstedeværelse har hatt betydning»* blir det viktig at bruken av tid får mer fokus i behandling av selvskading. For som hun sier, *«en lærer ikke å skrive med engang, en må*

trene seg litt». En oppnår ikke resultater ved første forsøk, «*en må bruke tiden*» som hjelpemiddel for å kunne oppnå det som en i utgangspunktet ønsket.

Vedvarende kontakt over tid kan være en måte å møte utfordringene en har med unge jenter med selvskading. Det gir sykepleierne muligheter til å bøte på de negative erfaringene disse unge jentene gjerne har i møte med hjelpeapparatet tidligere (Arnold & Magill 2005). Anna (s.5) mener hun gjennom sitt yrke som psykiatrisk sykepleier «*har forpliktet seg til å være tilgjengelig for pasienten*» hun har ansvaret for. «*Selv om situasjonen hun befinner seg i føles vanskelig, må hun våge å stå i den. For hun sitter inne med oppfatninger om hun ikke våger å være der for pasienten eller utfordre henne i å gjøre andre valg, hvordan skal hun da forvente at pasienten skal holde ut*». Cathrine (s.3) hevder at «*ved å være til stedet for dem så anerkjenner jeg dem. Det å lytte og gi støtte, er å vise at jeg har forståelse for det som er vanskelig*». Anna (s.9) sier det blir «*svært utfordrende når jenta går inn for å ødelegge relasjonen, når hun føler at hun forsøker å teste henne*». Jenta ønsker hjelp, men i neste øyeblikk virker det som om hun tester henne ut for om hun klarer å holde ut med henne. Arnold & Magill (2005) mener det da blir viktig med å ta seg tid. For med mange tidligere opplevelser av relasjonsbrudd, så gjør pasientene nettopp dette for å teste om de skal våge å stå i relasjon til sine behandlere. Kontinuitet og regelmessighet i relasjonen blir viktig for mange. Det å kunne forvente at de møter den samme personen igjen blir noe av det mest grunnleggende i deres relasjonsbygging (Evang2010). De ønsker å hindre nye oppbrudd i relasjonen som de da vet kan føre til nye selvskadende handlinger. Anna (s.2) mener at «*tiden og det å være tilgjengelig inne i en døgnenhet blir det viktig å finne noe som fanger de unge jentenes interesser, som et forsøk i å nå inn til dem*». Mulighet til å ta kontakt med sykepleierne utenom faste tider kan også være nyttig i relasjonsbyggingen. Å bygge relasjon og skape allianse mellom pasienter og behandlere vil ta tid. Tryggheten vil komme som et resultat av at pasientene ser at sykepleieren er tilgjengelig og har mulighet for å være der for henne (Topor & Denov 2012, Topor & al. 2006). Stern (2003) hevder tiden også spiller en rolle for å opprettholde kontinuiteten i den terapeutiske relasjonen. Karterud & al. (2011) sier tiden vil være avgjørende for hvorvidt den psykiatriske sykepleieren klarer å stå i situasjoner hun finner utfordrende, da vi vet at tiden spiller inn for når impulsiviteten til selvskadingen opphører hos de unge jentene.

4.2.6 Nærhet og distanse

Når vi som psykiatriske sykepleiere forsøker å nærme oss pasientene for å finne ut hva som opptar dem, kommer vi inn på en arena som av dem kan oppfattes som svært privat. Berit (s.5) fortalte at det var *«tungt å være til stedet når jenta kuttet seg, men samtidig fikk hun tilgang til en verden hun i utgangspunktet ikke hadde tilgang til»*. Selv om Berit i utgangspunktet synes det var utfordrende å se at hun kuttet seg, opparbeidet hun en nærhet til jenta som hun kanskje fikk bruk for senere i relasjonen. Denne nærheten vil kunne være helt avgjørende for å nærme seg pasienten for å få tak i hennes opplevelse av situasjonen. *«Det å sette seg ned på et badegulv sammen med pasienten vil i mange tilfeller skape nærhet til denne personen»*, ifølge Dagny (s.8). Den vil også skape en trygghet som du kan ta med videre inn i relasjonen til den unge jenta. Ved å tørre å være nær i de vanskelige situasjonene sier du med tydelige tegn at jeg er her for deg. Du ser jeg er her, og en får en-til-en situasjon som igjen viser at du er *«tilgjengelig for jenta»* hvis hun trenger deg. Denne nærheten fører oss videre i vår profesjonalitet, men samtidig krever den at vi må være objektive i vår søken etter informasjon fra jenta. Nærheten kan by på problemer ved at vi ikke klarer å se objektive på det som ligger i pasientenes meninger. Vi taper distanse til vår profesjonalitet mener noen. Samtidig er nærhetsperspektivet noe av det som kanskje er viktigst i psykisk helsevern (Lorem 2006).

Dagny (s.1) kunne fortelle at før hun går inn på rommet til en pasient med selvskading tenker hun gjennom hva som kan møte henne når hun kommer inn. *«Hva skal jeg se etter? Hvordan skal jeg jobbe i forhold til å klare å bygge relasjon med den her jenta?»* Dette viser at hun nullstiller seg før hun går inn. Hun gjør seg selv klar med tanke på det vanskelige og det utfordrende som kan møte henne. Tankene hennes og refleksjonen hennes blir viktige i å møte dette. Erfaringene hennes blir et verktøy for å møte disse utfordringene. Vatne (2006) påpeker nettopp dette med å opparbeide seg relasjonelle ferdigheter. Hun mener at mye ligger i å tilpasse seg pasientens perspektiv og opplevelser, for så å vise anerkjennelse og ha respekt for at dette er pasientens sin verden. På en slik måte kan en få tatt noen steg inn i pasientens følelsesliv og kanskje nærme seg hva jenta føler i slike situasjoner. Anna (s.5) opplevde at *«kommunikasjonen bedret seg etter at hun hadde delt en intimsituasjon med jenta. Hun følte der var mer kommunikasjon gjennom selvskadingen. Det å vise frem sårene er intimt»*. Lorem (2008:72) viser til Heideggers tolkning av intensjonalitet. Intensjonaliteten benevner vanligvis relasjonen mellom en mental handling og den ytre verden. For som Berit (s.5) kunne fortelle følte hun en *«intensitet av å være i situasjonen med jenta. Jenta klargjorde og forberedte seg*

til selvskading i form av å høre på musikk, nesten som et ritual». Hun kom nærmere henne gjennom hennes fortelling. Heidegger ser mennesket i interaksjon med sine omgivelser og handlingen har betydning i kraft av intensjon (Lorem 2008). Intensjonen kunne være å fortelle hvor vanskelig hun hadde det. For at nærheten skal fungere må en være i stand til å bruke personlige forutsetninger, og det innebærer å lære oss selv bedre å kjenne (Henriksen & Vetlesen 2007). «*For når ting blir vanskelige og utfordrende må en kunne ta et steg tilbake å tenke over hva gjør en nå*» mener Dagny (s.5). Dette kan være med å distansere henne fra hele situasjonen, og skaper et bedre overblikk. Henriksen & Vetlesen (2007) sier at for at nærhetsperspektivet skal fungere må en kunne å stille seg på avstand og se situasjonen med andre øyne. Det viser seg å være svært viktig for å oppnå et kompetent og velbegrunnet skjønn til situasjonen. Noe som også kan oppleves positivt for pasientene. Topor & al. (2006) konkluderte i sin forskning at de personlige erfaringer pasientene får ved å være i relasjon med profesjonelle hjelpere som de psykiatriske sykepleierne er, blir erfaringene viktige i den sosiale interaksjonen. Det at menneskene rundt dem ser på de som hele mennesker og ikke bare på sykdommen. For i allianse med sine behandlere lærer pasienten å akseptere seg selv og verden rundt, slik den virkelig er. Ved å komme nært hjelper en jenta med å finne balanse mellom handlingen som skjer i affekt og kravet om å skape endring (Øverland 2006, Åkerman 2010, Aarre & al. 2009). Lindstrøm (1993) mener at psykiatrisk sykepleie er å være sammen med pasienten i en felles verden, å ha styrke og mot til å gå ut over seg selv og inn i et fellesskap med pasienten for å kunne motarbeide det som er vanskelig i relasjonen til pasientene.

4.2.7 Selvskading og miljøet

Vi befinner oss jo inne i en døgnenhet hvor både de psykiatriske sykepleierne og pasientene blir påvirket av det som skjer inne i døgnenheten. Tradisjonelt sett er behandlingsformen miljøterapi. Miljøterapien har til hensikt å bidra til pasientens bedring. Behandlingsformen har kanskje sitt utspring fra nettopp behandling i døgnenheter. Miljøterapi er relasjonsbehandling hvor en bruker relasjonene til å reparere relasjonsskader. Begrepet er todelt. Det første er miljøbegrepet og det andre er terapibegrepet. Miljøbegrepet handler om at en skal legge til rette for eller organisere hjelpen, mens terapibegrepet omhandler forandring og utvikling i lidelsen (Skårderud & Sommerfeldt 2013, Larsen 2004). Det kontekstuelle vil i utgangspunktet være at vi hele tiden er innenfor den samme rammen for miljø, men at den psykiatriske sykepleieren likevel ser utfordringer ved at pasienten omgås andre. Ådland & Alsaker (2007) kan i sin forskning fortelle at informantene beskrev det å være i et fellesskap

som å være i nærhet av de andre pasientene og distansert fra personalet, men at de kalte det for samtidig å være på avstand. Informantene i undersøkelsen kunne fortelle at de sjelden tok initiativ til å være aktive, men at dette gjerne kom fra andre. Pasienter som befinner seg i psykiatriske institusjoner eller i fengsler er i høy risikogrupper for å bedrive med selvskading (Favazza 1996).

Moe & Ribe (2007) sier er det viktig for pasientene å ha folk rundt seg. Viktig for disse unge jentene å ikke føle seg alene. De andre rundt bidrar til avledning, nye impulser og nye tanker. Noe som blir svært viktig for en ung jente som kanskje sliter med tunge tanker og følelser. Ved selvskading kan en se en viss smitteeffekt, som da blir mer utfordrende for de psykiatriske sykepleierne å arbeide med. Selvskadingen kan føre til at en jente føler tilhørighet med en annen ved å kutte seg på samme måte som den andre. Anna (s.7) fortalte jo om en jente som *«dannet seg allianser med andre pasienter. Pasienter som i utgangspunktet ikke var bra for henne å ha kontakt med»*. Bjørneset (2003) snakker om at pasienter som begynner med selvskading, noen ganger gjør dette for å imitere andre. Anna (s.7) så på disse alliansene som *«et uttrykk for hennes sykdom. Jenta følte tilhørighet, noe som forsterket trangten til å søke kontakt med andre pasienter»*. Yip (2005) sier i sin artikkel at relasjoner til jevnaldrende kan være både risiko- og beskyttelsesfaktorer, da relasjonene kan være med å redusere eller øke sjansene for videre selvskading. Barn som ikke får nok kjærlighet og støtte mangler muligheter for å bygge opp sitt eget beskyttelsesgrunnlag og inneha et lager av egenomsorg (Arnold & Magill 2005).

Informantene i undersøkelsene til Ådland og Alsaker (2007) forteller at de relasjonen de knyttet til de andre også kunne virke ødeleggende for dem. Samtidig kan det å ta etter andre være for å få omsorg eller oppmerksomhet. Resultatet av dette kan være at selvskadingen i ettertid, skjer fordi det er selvforsterkende og da gir spenningsutløsning for det vonde som sitter i kroppen (Bjørneset 2003). Topor & al. (2006) mener at bedring under behandling er en sosial prosess. Kontakt med andre mennesker kan føre til to ting. Det ene er at de sammenligner seg med de andre pasientene og frykter at deres liv vil ende opp med å være kronisk syke og at en vil trenge livslang hjelp fra helsevesenet. Det andre er at de føler fellesskap med de andre pasientene i døgnenheten. Overfor dem slipper de å forklare seg om sine problemer, og hvor de føler en form for tilhørighet der de blir akseptert og forstått. I noen tilfeller er det motsatt. Berit (s.6) forteller at det til tider *«kan være svært utfordrende når en spesiell jente er i avdelingen. Hun føler seg utrygg for når selvskadingen kan skje og hvor den*

kan skje». Dagny (s.1) nevner at «på grunn av sin erfaring er det ofte hun som må ta ansvar og stå i alle de vanskelige situasjonene». Det viser at de med erfaringer må ta nye ansvar i døgnerheten, da mange av kollegaene ikke har den kompetansen som kanskje kreves for å arbeide med denne pasientgruppen. Disse faktorene gjør at det vekkes mange følelser hos den psykiatriske sykepleieren når hun går inn i relasjonen til den unge jenta. Det å skulle være følelsesmessig klar for enhver situasjon viser seg å være utfordrende. Målet til Dagny (s.2) er å «skape relasjon», få en dialog fremfor selvskading. Disse jentene har ikke lært at det kan være bra å ta kontakt inne i døgnerheten og si at jeg trenger å snakke med deg. Dagny mener at når jenta da ikke tar kontakt, øker trykket inne i henne og blir så stort at hun til slutt ikke klarer å regulere følelsene sine som igjen resulterer i selvskading». Favazza (1996) viser til en undersøkelse i boka si hvor de i en ungdomsinstitusjon så at pasienter tok etter hverandre ved å kutte seg. Det viser seg at ungdommer som har lært å fokusere på egne følelser og sin mentale helse, kan ha bedre forutsetninger for å vurdere sitt behov for hjelp. Utfordringen for de psykiatriske sykepleierne blir å sette i verk tiltak og tanker som kommer de unge jentene til nytte der de befinner seg i sine følelsesmessige ståsteder (Wattum 2011).

Samtidig som en blir påvirket av sine medpasienter er det «viktig å skape trygge rammer og omgivelser for disse unge jentene med selvskading» ifølge Anne (s.9). Det at der ikke er tilgang til for mange skadegjenstander tenker en gjør at pasientene føler stedet som trygt. Når en innenfor døgnerheten setter regler for hva som er tillatt kan en også forvente en del motstand mot dette fra pasientene. De psykiatriske sykepleierne må derfor arbeide for å forbedre det terapeutiske miljøet, bygge effektiv sosial støtte og koblinger for enkeltpersonene, nettopp for å hindre at selvskading skal finne sted (McAllister 2003). Reglene som settes inne i døgnerheten vil være med å prege deres hverdag og setter rammer for væremåten deres. Pasientene identifiserer seg med andre pasienter på grunnlag av opplevelse av likhet og felles interesser inne i døgnerheten. Når mange uttaler seg sier de gjerne vi om noe som betegnes som felles. Hva som blir sagt og hva som oppleves i fellesskap vil gjerne prege den neste situasjonen. Dette vil skje selv om pasientfellesskapet blir sett på som kortvarig (Album 2008).

De fleste som er innlagte i institusjoner har fått for lite av det gode og for mye av det vonde i livet sitt. Det kan være at disse jentene med selvskadende atferd trenger de rammene som innleggelsen og døgnerheten står for. Å samle flere mennesker med alvorlige psykiske lidelser og relasjonsskader inne i en døgnerhet kan sees på som høyrisiko, nettopp fordi de

påvirker hverandre. I et miljøterapeutisk perspektiv skiller arbeidet inne i en døgnenhet seg tradisjonelt fra annen type behandling, nettopp for at pasientene er mye sammen (Skårderud & Sommerfeldt 2013). I følge Album (2008) er det viktig at personalet inne i en døgnenhet skaper mulighet for samvær blant pasienter som lever tett. Dette vil kunne være et middel både når det gjelder å beskytte seg mot uønsket kontakt mellom pasientene og hvis en ønsker at pasienter skal bli mer sosiale. Det å snakke om ting i fellesskap vil også kunne hindre at jentene manipulerer andre i døgnenheten, for en vil måtte arbeide mot felles mål.

4.2.8 Selvskading og skam

I følge Dagny (s.3) så er den gjentatte selvskadinga mye skambelagt. *«Vi har mange pasienter som på en måte hold den her selvskadinga for seg selv, det er så skambelagt at det er ingen som skal vite det»*. Anna (s.1) på sin side kunne fortelle at de *«unndrar å fortelle at de har skade trang, de venter til etterpå å fortelle at de har skadet seg»*, noe som kanskje også er et resultat av at den unge jenta føler skam for det hun har gjort. Det at de ikke ønsker å fortelle noe vil også bli en utfordring som den psykiatriske sykepleieren må ta tak i. Rosenvinge (2008) snakker nettopp om dette. Mange utfører selvskading uten at voksne eller andre oppdager at de har gjort dette. Selvskading er ifølge han en så skambelagt adferd at de ikke ønsker å fortelle om dette til noen. Moe (2007) har i etterkant av å ha intervjuet Solveig en jente med selvskading, gjort seg opp noen tanker om hva skammen innebærer for disse jentene. Hun refererer til at skamveggen blir bare tykkere og tykkere jo lengre inn i tankene hun beveger seg. Dette er tydelige bevis for at når de unge jentene ikke får uttrykt sine følelser, blir alt bare mer vanskelig. Dagny (s.3) mente også at *«skammen kommer tydelig frem»* når du kommer nærmere jenta, det å sitte på et badegulv etter selvskadinga gjør at du blir nær. Berit (s.2) fortalte jo at hun hadde *«gjort en avtale med jenta om å være til stedet hvis hun fikk trang til å kutte seg»*. Dette skulle fungere som et sikkerhetsnett for henne, slik at hun ikke kuttet seg for mye, og at sykepleieren kunne stoppe henne i tide før skaden ble for alvorlig. Dette viser jo et veldig godt eksempel på å skape nærhet til pasienten. Dette vil være med å skape trygghet for jenta. Det samme opplevde Cathrine (s.1) når hun fikk legen i døgnenheten til å gå med på å gjøre *«en avtale»* med jenta som opplevde å bli sydd uten bedøvelse. Cathrine (s.9) tok ansvar for at dette ikke skulle skje igjen. *«Jenta fikk et skriv, hvorpå det stod at hun ikke skulle sys uten bedøvelse for ettertiden»*, hun fikk skrevet en kontrakt som gjorde jenta tryggere for ettertiden. Hun endret seg, måten hun snakket på, *«det at hun kunne sette ord på følelsene om hvordan hun hadde det»*, var en tilbakemelding på at

noe virket i det den psykiatriske sykepleieren hadde foreslått, for tidligere hadde hun «*vært mer tilbaketrukket*» ifølge Cathrine (s.9-10).

Aanderaa & Meling (2003) fant gjennom sin forskning ut at det å gjøre avtaler med pasientene kan være et viktig verktøy med tanke på det å skape trygghet. Videre fant de også ut at gjennom disse avtalen som ble inngått, fikk pasientene flyttet skyld og skamfølelser mot mestring og det å skape tillit mellom dem og behandlerne.

I et forsøk på å forstå hvorfor jenta føler skam bør en se nærmere på hva hun opplever som sosial kontroll. Hos mange blir selvskading sett på som sosialt avvik. Norvoll (2004) refererer til Foucault som mener samfunnet har endret syn på dette. Den sosiale kontrollen med tanke på avviket er blitt mer skjult ifølge han, da det i dag er rettet mer mot pasientens indre opplevelser. Det at selvskading blir sett på som noe unormalt kan i verste fall føre til skamfølelse hos pasienten, nettopp fordi det å skade seg selv blir sett på som tap av kontroll hos individet (Cullberg& al. 1998). Cathrine (s.4) fremhevet nettopp dette når hun kunne «*se fortvilelsen hos jenta etter at hun hadde skadet seg selv så hardt. Det er skammen over å ha gjort dette som de kjenner i etterkant*». Skårderud (2006) mener det er viktig at skam snakkes om. Gilbert (1998) snakker om indre og ytre skam. Den ytre skammen viser til de negative opplevelsene en føler en får fra andre. Den indre skammen kan være opplevelsen av å ikke være noe verdt og ikke elsket av andre. Hvis de unge jentene ikke får snakket om disse følelsene risikerer en at de gjentar den selvskadende atferden på grunn av skammen over seg selv. Veia (2006) viser til en samtale med en jente Anne Marie, som har opplevd grove seksuelle overgrep, hvorpå hun følte hun holdt på å dø av skammen. Anne Marie var fast bestemt om at overgrepene ikke skulle få ødelegge livet hennes, men at skammen til slutt ble for stor. Hun mente det var hennes ansvar at dette skjedde. Øverland (2006:76) mener anger og skam hører sammen, og at skammen i seg selv kan være sykdomsfremkallende. Selvskadingen som har til hensikt å dempe skammen, resulterer i ny skam. Dette fordi den aktiviserer minnene jentene har om tidligere skam. Slik havner de i en vond sirkel som de har vanskeligheter med å komme seg ut av. Selvskadingen skal fjerne de ekle følelsene. Likevel kommer følelsene tilbake i form av ny skam fordi en har skadet seg på nytt (Øverland 2006). Skårderud (1998) mener denne skammen også er ødeleggende for de psykiatriske sykepleierne som skal hjelpe. Han snakker om to begrep - skam og ære – som han mener er sterkt knyttet til hverandre. Skammen som jentene føler for sin selvskading, utfordrer de psykiatriske sykepleiernes ære som behandlerne. Det blir derfor enda viktigere for de

psykiatriske sykepleierne å møtte disse unge jentene med tillit og vise dem at de klarer å stå i de vanskelige situasjonene sammen med dem.

4.2.9 Plikt og ansvar

Berit (s.3) syntes det var *«kjempe traumatisk å se jenta skade seg, det var en opplevelse hun skulle vært foruten. Samtidig mener hun at som sykepleier har hun ansvar for å hjelpe og unngå skade»*. Dette ble for henne svært utfordrende når hun likevel vet at det ikke nytter å forsøke å stoppe jenta i skade seg selv. Sykepleiere har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer god helse og som forebygger sykdom (NSF 2011).

Dagny (s.8) mener at *«mennesker er forskjellige, og alle mennesker har forskjellige måter å bygge relasjon på. Noen er kanskje veldig stille, mens andre kan være veldig søkende. Ikke alle er skapt for å føre en samtale inne på et kontor. Så hun mener at som psykiatrisk sykepleier har hun ansvar for å ta tak i saken. Gjerne ved å gå en tur ut eller ta et kafèbesøk, for på den måten kanskje bygge relasjon med pasienten»*. En behandler som har fokus på ungdommenes perspektiver og som ser på egen praksis med andre øyne, vil formodentlig være en som lykkes bedre og som viser tilnærminger nært beslektet med respekt (Skårderud & Sommerfeldt 2013). Uansett tilnæringsmetode har en til hensikt å endre atferden hos jentene. Relasjonen er basert på gjensidighet. Hvor de unge jentenes behov står sentralt, så ved å endre tilnæringsmåte tar den psykiatriske sykepleieren ansvar hvis så skjer (Hummelvoll 2014).

Samtidig som vi har plikt og ansvar for å gripe inn å gi hjelp, må vi også tenke på vår egen sikkerhet. Det kan være svært traumatisk for den psykiatriske sykepleieren å se at den unge jenta kutter seg opp, og samtidig ikke kan forhindre dette. Utfordringen vil jo da være på hvilket valg en skal foreta seg. En kan jo selvfølgelig hente flere inn, men tidsfaktoren ville likevel spilt inn, da hun på den tiden ville ha rukket å skade seg. Det vil i dette tilfellet være et ansvar som ligger hos ledelsen. Som nevnt tidligere har arbeidstakerne til enhver tid krav på en sikker og trygg arbeidsplass. Likevel kan en forsøke å redusere skadene ved å lære pasientene om risikoene som selvskadingen gir. Videre kan en sammen med pasientene finne ut hvor grensene for selvskadingen går og om hva som krever syng i etterkant. Til slutt kan en forsøke å identifisere tidspunktene for når risikoen for selvskading er størst. Ved å gjøre dette har de psykiatriske sykepleierne mulighet for kanskje å unngå de store overraskelsene som igjen medfører utfordringer for dem (Arnold & Magill 2005).

4.2.10 Selvskading og dissosiasjon

«Det er svært utfordrende når pasientene dissosierer» mener Dagny (s. 8). De fjerner oppmerksomheta fra det som er farlig. Dissosiasjon blir betegnet som følelsen av å miste kontrollen. En får en ubehagelig uvirkelighetsfølelse. Rent språklig betyr dissosiasjon «å spalte av» (Skårderud & Sommerfeldt 2009, Øverland 2006). Dissosiasjon, fragmentering og splittelse er psykologiske konsekvenser av traumatiske opplevelser. Slike opplevelser kan svekke evnen til å regulere følelser på en hensiktsmessig måte. Traumatiserte barn går oftere ut og inn av forskjellige følelsesmessige tilstander ifølge Christie (1995). Psykologisk sett så fjerner pasienten seg følelsesmessig for å kunne mestre det som er vanskelig. Dette kan resultere i en kroppslig følelse av nummenhet og at den virker fremmed for pasienten. Kvinner med kutting som selvskading er mer traumatisert enn kvinner som skader seg på andre måter, spesielt ser en det hos kvinner som har opplevd overgrep. I forkant av selvskadingen kan en se at pasienten liksom faller ut, og selvskadingen blir gjort for å skape opplevelse av å være i livet og i kontakt med seg selv (Skårderud & Sommerfeldt 2009, Bjørneset 2003, Miller 2005). Selvskadingen er en måte å avslutte eller dempe virkningene som kommer av den intensiteten som dissosiasjonen gir, eller for å dempe smerten en føler. Selvskadingen har til hensikt å dempe symptomer som depersonalisering og derealisering. Depersonalisering sees på som en frakopling fra nummenhet, mens derealisering kan sees på som en uvirkelighetsoppfatning av tid og sted (Skårderud & Sommerfeldt 2009, Nijenhuis & al.2006, Suyemoto 1998). Dissosiative symptomer forstås som en mestringsstrategi som skal hjelpe jentene til å ikke føle noe. Målet er å endre de indre følelsene. Når de påfører seg skaden kommer de tilbake til den virkelige verdenen (Thorsen 2006).

Dagny (s.9) har gjort seg opp noen tanker med det å arbeide med unge jenter med selvskading, hun tenker at når en selvskader, så er det liksom et rop om hjelp. «*Se meg, møt meg*» prøv å forstå meg, og da mener hun at en må inn. En må inn i situasjonen og «*vi må snakke om ting for å kunne møte utfordringene som ligger i møtet med denne unge jenta*». Til tross for at pasienten dissosierer og har en høyt belastende psykisk tilstand, så vil de færreste pasientene se seg selv som splittet eller at de dissosierer. Den psykiatriske sykepleieren bør da vite at det er tidligere traumatiske opplevelsene som ligger til grunn. Noe som blir avgjørende når en møter på disse utfordringene. Betydning for at sykepleieren har en sterk tro på behandlingen, og vet at det å være støttende og skape trygghet til den med selvskading vil ta lang tid. Fokus på trygghet og nærhet er det første sykepleieren må ha, for skaden må heles i en relasjon til andre (Anstrop 2006).

4.3 Utfordringer i forhold til tverrfaglig samhandling

Det tredje temaet som kom frem under intervjuene omhandlet flere emner rundt forhold som oppstod inne i selve døgnetheten. Det dreier som om uenigheter blant personalet, splittelser som oppstå som følge av disse uenighetene og til slutt holdninger hos personalet til de unge jentene med selvskading. Samtidig viste funnene at det med kollegastøtte og veiledning var viktig når det ble for mye på den enkelte, noe som kanskje også kunne sees på som løsning til mange av problemene innad.

4.3.1 Splittelse i arbeidsgruppa

Anna (s7) kunne i sitt intervju fortelle om utfordringer i form av at pasienter «manipulerer personalet innad i døgnetheten De var ikke helt enige om hvilket behandlingsopplegg som skulle følges og om der kan brukes mer utradisjonelle metoder i behandlingen. Hun følte at jenta viste henne mistillit ved å gjøre dette». Det skapte usikkerhet hos personalet om hva de skal ha fokus på i behandlingen til disse unge jentene. Det kan dreie seg om en skal ha fokus på selve skaden under kuttingen eller om en skal ha fokus på andre momenter overfor jenta. Om en skal følge jentene til legevakt eller sende de alene. Berit (s.1) har opplevd at det var «utfordrende å forholde seg til kollegaene siden de ikke hadde stått sammen». Anna (s.8) nevner også uenigheter angående om en «kunne tillate skadegjenstander eller ikke». Så utfordringen dreide seg om hvilken behandlingsretning døgnetheten skulle ha. Rovik (2007) viser til at der ofte oppstår konflikter innad i behandlingsgrupper som et resultat av uenighet. Der viste seg å være uenigheter om skading kunne tillates eller ikke. Disse uenighetene skapte splittelser i gruppa, noe som vanskeliggjorde det videre arbeidet rettet mot pasientene. Hun fant i sin forskning ut at konsekvensene ved å mangle felles faglig plattform førte til slike uenigheter og gjorde det derfor vanskelig for personalet å samarbeide omkring disse pasientene. Når pasienter manipulerer må det derfor skapes rom for å kunne snakke sammen, både pasienter og behandlere. Dette vil hindre pasienten til å manipulere da alle kjenner til hvilken retning behandlingen skal ha. Innen miljøterapi er de menneskelige møtene og fellesskapet i aktiviteter, middelet for å skape endringer hos disse unge jentene med selvskading (Skårderud & Sommerfeldt 2013, Rovik 2007). Larsen (2004) mener en må se på miljøterapi i et systemorientert perspektiv. Systemet består av to deler, personalet og pasientene. Disse delene påvirker hverandre og ikke minst helheten i systemet. Miljøterapi betyr med andre ord å arbeide i og med et fagfelt. Miljøterapi sees på som et psykoterapeutisk praksisfelt. Dersom en ikke klarer å løse de enkle og primære oppgavene en er satt til å gjøre vil dette virke motsatt av den terapeutiske tankegangen som ligger i miljøterapien (Skårderud

& Sommerfeldt 2013). Vatne (2006) mener innad i døgnenheten er en avhengig av at en har beredskap for å takle uforutsette ting, som manipulering for eksempel. Personalet må kjenne tilhørighet i fellesskapet for å ha en forutsigbarhet i jobben og for å kunne møte utfordringer rundt fenomenet selvskading.

4.3.2 Holdninger i personalgruppa

Berit (s.3-4) kunne fortelle at hun hadde arbeidet med en veldig krevende pasient, men at det hun «*opplevde som mest krevende var holdningen fra de andre kollegaene*» som ikke hadde noe ønske om å ha denne pasienten i døgnenheten. Anna (s.8) snakker om at «*der ikke har vært ensartet holdninger i forhold til hva som skal tillates av gjenstander*» som kan føre til skade. Cathrine (s.1) viser til en historie hvor en annen kollega reagerte med en «*dømmende og negativ holdning overfor ei jente som hadde skadet seg*», noe som førte til å vanskeliggjøre den videre relasjonen. Det at der skulle være slike tanker, meninger eller holdninger om hvordan en skulle opptre i møtet til en ung jente med selvskading var et funn som jeg som forsker kanskje ikke forventet.

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelse som vi opplever» (Håkonsen 1994:247).

Dette innebærer at vi som mennesker inntar et standpunkt som både kan være positivt og negativt. Noen holdninger er mer fremme i dagen enn andre, og vil på denne måten være lettere tilgjengelige for vår bevissthet. Holdningen vi har er en mental og nevralt tilstand, som vi har fått gjennom våre erfaringer og som kommer frem i bestemte situasjoner (Håkonsen 1994). Om dette mener Vatne (2006:119) at en må få bygget opp pasientens selvfølelse og myndighet. Dette skjer ved at helsepersonell har en anerkjennende holdning overfor pasienten. Ved at sykepleiere i en døgnenhet ikke har en felles faglig plattform å følge, vanskeliggjør dette arbeidet til de unge jentene. Ved at de ikke vet hvilken tilnæringsmåte de skal bruke overfor jentene, vil der heller ikke finnes noe felles. Noe en kan enes over (Rovik 2007). Holdningen overfor pasienten kan endres hvis den psykiatriske sykepleieren skifter til et salutogenetisk perspektiv. Ved å skifte til en holdning hvor en ser etter det positive i situasjonen kan sykepleieren få økt respekt for jenta og slik bli inspirert til å møte henne på andre måter (Øverland 2006). Holdningsendringen kan gi nye muligheter som er til hjelp i den videre relasjonsbyggingen og kan også være med å skape fornyet tillit.

Når Cathrine (s.1) forteller om legen som sydde jenta uten bedøvelse, kan en undre seg over hva dette er uttrykk for. «*Han sydde uten å ha en direkte kommunikasjon med henne, noe som*

igjen førte til at smertene jenta følte, gjorde at hun til tider var bevisstløs». Måseide (2008) sier at legen gjennom måten han møter jenta på og hvordan han snakker til henne, hemmer eller fremmer han hva slags relasjon de skal ha. Det er legen som har ansvar for hva slags emne samhandlingen skal ha. Det er legen underveis som kan stille spørsmål og som kan avbryte pasienten når hun ytrer noe, til dels for å korrigere og instruere, eller for å respondere på jentas ytringer. En annen side av handlingen kan være bruk av makt. Dette kan skyldes at legen har et uavklart forhold til bruk av makt. Hvis legen føler mangel på kyndighet og ferdighet i forhold til tilnæringsmetoder for selvskading, kan det resultere i bruk av skjult makt. Skjult makt er krenkende og er ikke forenlig med terapeutiske målsettinger (Vatne 2006). Husserl undersøkte i sine fenomenologiske studier former for menneskets erfaringer. I det som styrer hvordan vi tenker, føler og oppfatter verden på, ligger det at vi søker mening i vår livsverden (Svenaeus 2005). Vår forståelse opprettholdes gjennom en felles forståelse av problemet. Vi forventer at legen vet hvorfor bedøvelsen er viktig. Uhensiktsmessige handlinger slik en tolker legen gjør her, får en ikke alltid svar på hvorfor skjer. Å gjøre en slik handling, konstitueres av en forståelse av at vi tror legen vet hva han gjør. Likevel menes det at handlinger og forståelse kan være i ubalanse. Når handlingen en gjør er moralsk uforsvarlig, kan det være snakk om ukunnskap. Dette fordi alle praktiske handlinger har konsekvenser, som legen burde visst om var sentralt i denne situasjonen. Molander påpeker at det finns en moralsk side som sier at legen vet hva han gjør, og hvorpå en kan stille spørsmålstegn om hvorfor det skjer. Da vi ikke finner mening i hans handlinger (Molander 1993).

Når en ser negative holdninger i behandlingsgruppa inne i en døgnenheten, vil dette kreve mye arbeid fra ledelsen. En plikter å reagere på behandlingen som gis til pasientene. En må ifølge Waaktaar & Christie (2000) stille spørsmål om hva det er med disse ungdommene, og hvorfor det er blitt slik. Der må være enighet om hvor mye uro det kan være rundt disse unge jentene. Det blir viktig å snakke sammen om hva dette er uttrykk for i enheten, både personalet og pasientene. Det kan ikke være aksepterte holdninger fra enkelte i døgnavdelingen slik som det Berit (s.6) fortalte hun opplevde når ei jente kuttet seg, *«så ble enkelte sykepleiere sint på jenta»*. Der må samkjøres om hvilke målsettinger det skal arbeides mot, dette for å oppnå best resultat av prosessen innad i døgnenheten (Waaktaar & Christie 2000). Mange hjelpere opplever at følelsene som skapes i relasjon med pasientene kan føre til at de opptrer urasjonelt. De bygger opp følelser som sinne som igjen skaper konflikter (Vatne 2006:187). Viktig at de som skal arbeide med unge jenter med selvskading vet om dette

(Rovik 2007). Dette kan være kjennetegn på at de sykepleierne og legene som gjør dette ikke har innsikt i sykdomsbildet til denne pasientgruppen. De mistenkeliggjør den unge jenta og de mener hun kun er ute etter smerten. Så den psykiatriske sykepleieren som blir vitne til dette vil da ha store utfordringer med å endre holdningen til disse. Barstow (1995) hevder at personalet kan ha en tendens å reagere med sinne overfor atferden pasientene har. Disse reaksjonene fra de ansatte kan føre til at en forsterker trangen til selvskading. Ifølge Vatne (2006) kan disse negative holdningen endres ved å være i et stabilt pleiekollektiv, der det er enighet innad i døgnenheten om hva som ligger bak den selvskadende atferden hos disse unge jentene. Hvis personalet ikke har forstått hva som ligger bak selvskadingen vil de møte på utfordringer underveis (Rovik 2007). Bedringen hos jentene ligger i at pleierne «går med» symptomene for å få tilgang til kunnskapen som ligger bak selvskadingen hos jentene. «Å gå» med er ifølge Vatne (2006:127) å vise en anerkjennelse for hva som er den bakenforliggende årsaken til selvskadingen.

Barstow hevder at pasienter kan bli suturerte uten bedøvelser hvis helsepersonell handler i affekt. Reaksjonen og meningen i dette ligger i at *«hvis det er smerte du er ute etter, så skal du få det»* eller *«vi syr uten bedøvelse, for du liker vel smerte du»* (Brodtkorb 1999, s.33, Barstow 1995, Thorsen 2006:7). Hva dette er uttrykk for kan være vanskelig å forstå. Det viser i hvert fall en holdning som i utgangspunktet er helt uakseptabel. Helsepersonell har på ingen måte lov til å påføre pasienten smerter ut fra egne synspunkter. Barstow (1995) sier ansatte har en tendens å reagere med sinne og avsky. De tenker kanskje ikke over hva dette har å si for pasienten. Cathrine (s.1) fremhevet i sitt intervju at det har vært en utfordring å stå ved siden av å oppleve *«den krenkelsen»* som hun mente jenta hadde i møte med helsepersonellet. Barstow (1995) mener vi må flytte fokuset fra våre egne følelser over til hva pasienten sliter med. Helsepersonellet som til daglig arbeider med denne unge jenta som opplevde det å bli sydd uten bedøvelse, og som opplever det som en krenkelse. Har ansvar for å gjøre noe med dette. En kan ikke la slike holdninger komme frem i dagen. Barstow (1995) skriver at reaksjonen som kom fra legen som ikke gav bedøvelse, kan være et resultat av at han kanskje følte at ingen ting hjelper i behandlingen til denne jenta lengre. Han hevder tilbakefall hos pasienter noen ganger fører til at en føler seg mislykket i behandlingen, i noen tilfeller inkompetente. Så på den måten kan vi kanskje forsøke å forstå denne reaksjonen av legen. Likevel er det ikke akseptabelt, da legen og annet helsepersonell forplikter seg til å hjelpe ifølge lovverket (Lov om helsepersonell 2015). Cathrine (s.2) hevder også at *«hvis en ikke har kunnskap og forståelse om hva disse pasientene gjennomgår følelsesmessig, så er vi*

heller ikke i stand til å ta vare på dem på en god nok måte». Legen har det overordnede ansvaret for at behandling og ikke minst at riktig behandling gis. Samhandling vil være et nøkkelord i denne sammenhengen. Det første møtet med en lege eller en psykiatrisk sykepleier er det viktigste øyeblikket i relasjonsbyggingen (Dyregrov 2004). Når jenta med sin selvskade blottlegger seg for legen er hun mer sårbar. Samtidig ser hun at hun ikke finner forståelse hos disse, noe som vil være svært kritisk for den videre kontakten. Cathrine (s.5) «synes det er vanskelig at en ikke vet om en møter pasienten igjen etter en slik hendelse. Hun føler alt blir så uforutsigbart. Hun mener en går inn i situasjonen som psykiatrisk sykepleier og vil at jenta skal kunne føle seg trygg». En trygghet som handler om at hun skal bygge opp tilliten til de som var i situasjonen. Det som for henne var utfordrende var å kunne gi jenta tilliten tilbake på at dette skulle aldri skje igjen.

Cathrine (s.13) sier «*det er forskjellige faggrupper innad i døgnetenheten, ikke alle er psykiatriske sykepleiere. Faget er ifølge henne bærebjelken. Der er ikke felles faglig bakgrunn blant personalet, og vi trenger noen knagger å henge det på. Vi trenger å forstå, og det mener hun vi får gjennom faglig kunnskap*». Cathrine (s.13) hevdet at de yrkesgruppene med psykiatrisk videreutdanning har i utgangspunktet et annet syn på de unge jentene med selvskading, enn de som mangler slik bakgrunn. «*Det virker til at de andre yrkesgruppene tenker annerledes*». Cathrine (s.13) mener at «*psykiatrisk utdanning kanskje bør være en forutsetning*» når en skal arbeide med unge jenter som sliter med store psykiske problem. Utdanning og kurs blir viktige i denne sammenhengen. Et annet relevant punkt er å kunne finne forståelse for hvorfor disse unge jentene utfører denne formen for atferd. Egen forståelse rommer holdninger og verdier som er overlevert oss i den faglige kulturen vi befinner oss i. Disse verdiene hviler ifølge Kuhn på en grunnmur av kunnskap. I mangel av dette skapes det fordommer, som i et hermeneutisk perspektiv både kan være positive og negative. Fordommene sees på som forhåndskunnskap (Aubert & Bakke 2008). Lav faglig utdanning og manglende refleksjon kan være mye av årsaken til at de psykiatriske sykepleierne får lyst til å korrigere atferden til de andre, så på bakgrunn av dette må der gis utdanning og opplæring om selvskading nettopp for å møte utfordringene i forhold til selvskading blant unge jenter (Vatne 2006). Når det gjelder miljøterapi må en finne frem til det som er relevant og som opptar pasienten. Utgangspunktet må være det som pasienten selv oppfatter som sentrale livshendelser. Hvis en tar tak i disse livshendelsene kan en finne frem til felles forståelsesramme (Stern 2003, Aubert & Bakke 2008). Mehlum & Holseth (2009) mener holdningsendringer kreves. En mer empatisk og realistisk forståelse for selvskading, er å

forsøke å dreie det til at jentene med selvskading forsøker å mestre sine problem på det indre plan og i relasjon til andre mennesker.

Selv om de psykiatriske sykepleierne fant det utfordrende i forhold til andre kollegaers holdninger, sa de også at kollegaene ble viktige når det var vanskelige situasjoner de kom opp i. Når en går seg fast i relasjonene er det «*viktig å kunne snakke ut om ting*», ifølge Dagny (s.10). Det å «*bære*» ting med seg over tid vil være krevende. «*Det er tungt, psykisk, så det å da ha gode kollegaer å støtte seg til blir viktig*». Det at det er rom for å kunne si ifra, både i forhold til ledere og til andre om hvordan en selv har det, vil hjelpe henne i en utfordrende relasjon. For hun snakker om at hvis en blir «*fylt opp av ting*», da blir det ingen god relasjon. Når dialogen i relasjonen stopper opp prøver jeg å sette meg inn i den eller «*så søker jeg støtte hos kollegaer*» (Dagny s.6). Anna (s.12) snakker også om hvor «*fint hun synes det er å ha en dialog med de andre i primærgruppa*». Hun mener at selv en heftig diskusjon nødvendigvis ikke trenger å være negativt, «*det er det som til tider kan være bra*». Det bringer frem nye elementer og synspunkter i saken som blir verdifulle for behandlingen til pasientene. Det er med på gi henne ny giv. Cathrine (s.9) fortalte at i etterkant av den ubehagelige opplevelsen tok de en runde på denne innad i døgnet, noe som gjorde at «*en fikk frem det som var utfordrende*». For at sykepleie ikke skal bli et mareritt for de ansatte, er det viktig at en støtter hverandre i en tung hverdag, Personalet inne i døgnet bør derfor ha daglige møter for å unngå uenigheter og manipuleringer (Loughrey & al. 1997). Like viktig er det at pasientene også føler seg som en del av fellesskapet. Undersøkelser viser at noe av hensikten til pasienten ved å være i en døgnet er menneskelig kontakt og at helsepersonell bryr seg. Informantene la vekt på at samhandling med personalet ga læringsmuligheter (Hammer & al. 2013). Det å dele arbeidet med andre eller kunne gi hjelp i vanskelige situasjoner, vil være med å etablere og opprettholde et godt arbeidsmiljø og opplevelsen av mestring (Vatne 2006:189). For at en behandlingsgruppe skal fungere er en av forutsetningen at deltakerne i gruppa klarer å løse oppgavene de er satt til på en aktiv måte. En har ansvar til å bidra med god atmosfære og fyller sin del av samarbeidsfunksjonene. En er gjensidig avhengig av hverandre for å lykkes i pasientarbeidet. For å hindre konflikter og uenigheter må en si fra om u hensiktsmessig oppførsel eller holdninger (Eide & Eide 2014). Ved å snakke om ting tidlig i forløpet er en med på å hindre konflikter (Skau 1999, Spurkeland 2012, Moe & Ribe 2007). Hummelvoll (2014) hevder at å utvikle et godt miljø er det som gir grobunn for vekst og utvikling. Til syvende og sist er det ledelsen sitt ansvar å skape en arena hvor en kan snakke ut om det som er vanskelig og utfordrende. Bare slik kan

en unngå misforståelser om døgnhetens regler og strategier. Vi har behov for referanserammer, et system hvor en kan hengi seg til. En kan bruke både ekstern veiledning, kollega- og gruppeveiledning, sammen vil dette være med å styrke den psykiatriske sykepleieren med tanke på å unngå konflikter og at jentene manipulerer (Svedberg 2002, Arnold & Magill 2005). Conlon & al. (2012) mener det kreves spesielle tiltak for å unngå at negative holdninger og antipati for unge jenter som selvskader seg. Veiledning i klinisk praksis er et forslag, der sykepleierne oppmuntres til å se på sine holdninger og forsøker å styrke egen bevissthet om hva selvskading handler om.

4.4 Rurale utfordringer

Vi befinner oss i en del av verden som for mange sees på som eksotisk. Finnmark blir betegnet som et ruralt område. Det er i utgangspunktet vanskelig å definere hva rural betyr. Det er avhengig av hvor i verden en bor. Noen studier på hva rural betyr, bruker tilgang til psykiatriske helsetjenester som utgangspunkt for å forklare begrepet. Som for eksempel om en har tilgang til psykiatrisk sykehus i dette området (Nicholson 2008). Pitblado (2005) snakker om rural og remote, og det nordlige. Hvor han mener at det å ligge på nordlig breddegrad og at stedet er avsidesliggende, kan beskrives som ruralt. I andre sammenhenger kan ruralitet dreie seg om flytid og reisetid til og fra samfunnet en bor i. En tredje forklaring kan være hvorvidt stedet kan eller ikke kan anses som bestemmende for hvordan helsetjenestene ytes, og hvor praksis og samfunnet både kan eller ikke kan være uatskillelig.

Et ruralt område kan beskrives som små lokalsamfunn som ut fra geografi, med liten og spredt bosetting, og lange avstander, ikke har tilgang til det samme som finnes innenfor mer urbane strøk. Der finnes sosioøkonomiske årsaker som kan beskrive hva ruralt er for noe, som nærhet til helsehjelp og andre offentlige tjenester. Samtidig ser en i de minste samfunnene også en større tilhørighet blant de lokale som bor der, hvor de ser til hverandre og gir støtte til hverandre (Nicholson 2008). Rural helse kan sies å være når en skaffer seg andre måter å løse helseproblem på, enn det som er mer vanlig i urbane strøk (Wakerman 2004).

Anna sa i etterkant av intervjuet noe om det som kan betegnes som rurale utfordringer. Det viste seg at selv om begge døgnhetene befinner seg i Finnmark, fant en forskjeller når det gjaldt utfordringer som omtaler det rurale. Anna (samtale) hevdet at det er svært «*utfordrende når en har ansvar for en pasient og må vente på transport til nærmeste akutte psykiatriske sengepost*». *Vi har ingen form for tvangsmuligheter og hvis pasienten er psykotisk eller ruset*

må vi bare la henne gå hvis de ønsker. Værforholdene som vi har, er til tider så vanskelig at vi ikke får sendt pasientene av sted. Vi må vente på politieskorten som skal være til hjelp under transporten. Det er langt til nærmeste flyplass, og vi har opplevd å måtte vente i opptil to dager før hjelpen kunne gis».

Det gir de psykiatriske sykepleierne flere utfordringer med tanke på å måtte ta ansvar for disse pasientene til hjelpen kommer. Ved at ingen andre informanter tok opp dette temaet tenker jeg at de kan være blindet for dette. Det kan skyldes at det rurale kanskje er en del av hverdagen og kanskje ikke blir sett på som en utfordring for noen. Tilgang til psykiater på de to døgnenhetene hvor undersøkelsene ble gjort, var forskjellig. Der den psykiatriske sykepleieren sa noe om de rurale utfordringene hadde de ikke daglig tilgang til psykiater, mens på den andre var en psykiater tilsatt i full stilling, noe som gir dem mulighet til å agere på en annen måte i vanskelige situasjoner. For at de psykiatriske sykepleierne skal kunne møte disse utfordringene må de gjøre det beste ut av hvert enkelte tilfelle. De står mange ganger alene i vanskelige situasjoner. Lokalsamfunnet er så lite at når noen blir syk så vet mange om dette. Scharff (2013) hevder at når den psykiatriske sykepleieren i et ruralt område må ivareta en pasient med kanskje selvskading, så vet mange i lokalsamfunnet dette. En utfordres på å holde taushetsplikt og konfidensialitet. Når en ung jente velger å kutte seg og må søke hjelp får hun oppmerksomhet som for henne kan være positivt. Samtidig kan oppmerksomheten føre til negative sider ved at flere får kjennskap til dette, fordi lokalsamfunnet er gjennomsiktig og lite (Nicholson 2008, Scharff 2013). Nicholson (2013) hevder at utfordringer ved å befinne seg i ruralt område er komplekse, og har mange konsekvenser og implikasjoner for de som arbeider innen psykiatrien. Utfordringene løses ved at lokalsamfunnet eller arbeidsstedet står samlet og finner ordninger som for dem fungerer til annen hjelp kan gis.

5 Avslutning

Når en skal summere opp hva prosjektet kom fram til, kan en vel si at der finnes like mange utfordringer som der finnes årsaker til selvskading. Forskning kan fortelle om interaksjonene som skjer mellom de ulike risikofaktorene, men at der ennå er lite forskning som kan si noe om samspillet mellom de ulike risikofaktorene og årsakene til selvskading blant unge jenter. I studien har en forsøkt å få frem hva de fire psykiatriske sykepleierne som arbeider ved to døgnenheter i Finnmark mener er utfordrende i relasjonen til unge jenter med selvskading. Det er langt til nærmeste psykiatriske sykehus, noe som i seg selv er utfordrende.

Utfordringene viste seg å ligge mye på det emosjonelle planet hos de psykiatriske sykepleierne. Der er mange følelser som kommer frem i arbeidet rundt unge jenter med selvskading, samtidig som en ser at der foregår intrapsykologiske prosesser i refleksjonen til de psykiatriske sykepleierne. Disse følelsene spiller også inn når en er inne i en døgnenhet og skal arbeide miljøterapeutisk med pasientene. Selvskadingens uforutsigbarhet og hvorfor selvskadingen kan skje i affekt kan jo fremstå som svært vanskelige utfordringer å arbeide med. Viktig at sykepleierne vet hva som kan møte dem av utfordringer og at det kreves et nært og tett samarbeid med jentene, der relasjonen bygges på respekt og empati. Innen fenomenologien har en som mål å finne mening og forstå hvorfor jentene velger selvskading. For å møte de ontologiske utfordringene må en forsøke å finne ut hvorfor deres livshistorier og sykdom blir så vanskelig at de velger å skade seg selv. Et annet funn var at holdninger blant personalet som arbeider inne i døgnenheten også spiller en rolle. Ved å innta holdninger som er negative, vanskeliggjør dette også samarbeidet både med jentene og med ansatte i enheten. Ikke bare får du problem med å oppnå tillit til jentene, men du får splittelser blant personalet om hvilken retning behandlingen skal ha.

For å møte disse utfordringene sier teorien at det å gi rom for samvær der samtaler mellom personalet og pasienten finner sted, vil kunne gi muligheter for å snakke ut om det som er vanskelig, vil kunne hindre uhensiktsmessige holdninger og manipuleringer fra jentene. Analysen viser at det kreves at personalet får opplæring og økt kompetanse omkring temaet selvskading. Det er viktig at det blir gitt mulighet for å øke sin relasjonelle kompetanse, så en finner forståelse av hva som ligger bak selvskadingen. Viktig blir det å tilpasse seg jentenes perspektiv for hvorfor de velger selvskading. Det å gi dem anerkjennelse og vise at en ser mennesket bak selvskadingen, vil være med å løse mange av utfordringene en møter i relasjonen til unge jenter med selvskading.

Litteraturliste

- Aarre, Bugge og Juklestad (2009) «Psykiatri for helsefag», Fagbokforlaget, Bergen
- Album, D. (2008). «Helt alminnelige pasienter». I Tjora, A. (red.). «Den moderne pasienten» Gyldendal Akademisk, Oslo
- Andersen, R. & Jensen, S.E. (2000). I «Felleskap og sammenhenger» Andersen, R. (red.) Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Anderssen & al. (1999) «Nedstemthet blant elever ved 1. klasse i videregående skole. Rapport fra spørreundersøkelse i videregående skoler i Bergen sentrum.» HEMIL-rapport nr. 2. Universitetet i Bergen
- Anderssen & Steinan (2004) «Er Bergensungdommer tristere enn før?» Tidstrender i depressive symptomer og beslektede fenomener hos 16-åringer over en 7 års periode. I Einarsen, S. & Morken, A.m: (red.) «Forskning ved Institutt for samfunnspsykologi 2004: Proceedings fra forskerkonferansen 2004 Institutt for samfunnspsykologi. Universitetet i Bergen.
- Anstrop, T. (2006). “Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige dissosiative lidelser?”. I Anstrop, Benum og Jacobsen (red.) «Dissosiasjoner og relasjonstraumer». Universitetsforlaget, Oslo.
- Antonovsky, Aa. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, Oxford University Press.*
- Arnold, L. & Magill, A. (2005). «Arbeid med selvskading» Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Stavanger
- Aubert, A-M., & Bakke, I.M. (2008). “Utvikling av relasjonskompetanse”. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Barstow, D. (1995). Self-Injury and Self-Mutilation: Nursing Approaches, *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services; Feb. 1995; 33, 2; ProQuest pg. 19.*
- Bengtsson, J. (2006). “Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer» Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.
- Bjørneset, L.W. (2003). Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2003, 40: 857-865.*
- Bourdieu, P. (1996). “Symbolsk makt” Pax Forlag AS, Oslo
- Brodtkorp, K. (1999). «Selvskading og sykepleie» Publ.serie 13/1999. Institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Brodtkorp, K. (2001). Selvskading og sykepleie. *Vård i Norden 2/2001, No. 60, Vol. 21 No. 2 PP 11-15*
- Chessick, R.D. (1982) Intensive psychotherapy of a borderline patient. *Archives of General Psychoanalysis, 25, 219-235.*
- Christie, H.J. (1995). Tiden og symbolet som helende elementer i traumbearbeidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 28, 871-884.*

- Conlon, M. & O`Tuathail, C., (2012). Measuring emergency department nurses`attitudes towards deliberate self-harm using the Self-harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing* 20, 3-13.
- Couper, I. (2003) Rural hospital focus: defining rural. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*.
- Cullberg, Johannisson & Wikstrøm (1998). «*Menneskelig grenseområdet*» Natur & Kultur, Stockholm.
- Dahl, Aarre & Loge (red.). (2014). «*Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*» Cappelen Damm AS, Oslo.
- Dickinson, T. & Hurley, M. (2011). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing* 26.april 2011.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – Hvordan få bedre kontakt med ungdommer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 723-724.
- Dåstøl, A. (2008) «Kutter seg til blods» Artikkel i Vårt Land 27.03.2008.
- Eide, H. & Eide, T. (2014). «*Kommunikasjon i relasjoner*» Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Eriksen, J., Sjøgren, P. & Jensen, N-H. (2000). «*Praktisk klinisk smertebehandling*» Munksgaard, København.
- Evang, A. (2010). «*Utvikling, personlighet og borderline*» Cappelen Damm AS, Oslo.
- Favazza, A.R. (1996) «*Bodies under siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore and London. *The Johns Hopkins University Press*.
- Favazza, A.R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989: 40 (2):137-145.
- Favazza, A.R., (1992) «*Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry*», Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Favazza (1992). Repetive Self-Mutilation. *Psychiatric Annals; Feb. 1992; 22,2; ProQuest* pg. 60.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.
- Folkehelseinstituttet (2009). *Psykiske lidelser I Norge: et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8
- Fjelland & Gjengedal (1995) «*Vitenskap på egne premisser*» Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Fog, Jette (2005) «*Med samtalen som utgangspunkt*» Akademisk Forlag, København, Danmark.
- Friedman & al. (2006) predictor of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research* 60 (2006) 273-277.

- Gadamer, H-G. (1999) Oversatt av J. Gulddal i boka «*Hermeneutikk*» av Gulddal & Møller, Gyldendal, Viborg, Danmark.
- Gallop, R., & al. (1989). How Nursing Staff respond to the Label Borderline Personality Disorder. *Hospital and community psychiatry*. 40. 815-819
- Gilbert, P. (1998). “*What is Shame? Some Core Issues and Controversies*”. I Gilbert & Andrews (1998) “*Shame, Interpersonal and Culture*”. Oxford University Press, New York and Oxford.
- Granheim, U.H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analyses in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (2004) 24, 105-112.
- Gratz, K.L. (2003). Risk Factors for and Functions of deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10, No. 2, 192-205
- Gratz & al. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 72, No. 1, 128-140.
- Gretland, Anne (2007) “*Den relasjonelle kroppen*”. Fagbokforlaget, Bergen.
- Grossman, R. & Siever, L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors. Neurobiology and Psychopharmacology. I Simeon & Hollander (Eds.). *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publ. Inc.
- Hammer & al. (2013) Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern. *Sykepleien Forskning nr. 1*. Color Print AS
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J.A. (2009) «*Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*». Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Haw & al. (2001). Psychiatric and personality disorder in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hawton & al. (1997) Trends in deliberate self-harm in Oxford 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *The British Journal of Psychiatry* 171:556-560
- Hawton, Hall & Simkin (2003) Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:8,(2003), pp 1191-1198.
- Hawton, Marsack & Fagg (1981). The attitudes of psychiatrists to deliberate self-poisoning: Comparison with physicians and nurses. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 341-348.
- Hawton, Rodham, Evans & Weatherall (2002) Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*; Nov. 23, 2002; Vol. 325.
- Helsedirektoratet (2015) Finnkode, Helsedirektoratets elektroniske medisinske kodeverk
- Helsedirektoratet (2014) “*Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*”
- Henriksen, J-O. & Vetlesen, A.J. (2007) «*Nærhet og distanse*» Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, årg.14, nr. 1.

- Jørgensen, C. R. (1999). Den interpersonelle psykoanalyse. *Nordisk Psykologi*, 1999, 51(4): 279-305.
- Hummelvoll, J.K. (2014) «Helt – ikke stykkevis og delt» 7. utg. 2 oppl. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Håkonsen, K. (1994) «*Psykologi*» Universitetsforlaget, Oslo
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2011) «*Personlighetspsykiatri*» Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Karterud, S & Monsen, J.T. (red.). (1997) «*Selvpsykologi*» Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Kenny, Lennings & Munn (2008). Risk Factors for Self-Harm and Suicide in Incarcerated Young Offenders: Implications for Policy and Practice. *Journal of Forensic Psychology practice*, Vol. 8(4).
- Kirkengen, A.L. (2005) «*Hvordan krenkede barn blir syke voksne*». Universitetsforlaget, Oslo.
- Klonsky & Moyer (2008). Childhood sexual abuse and non suicidal-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*.
- Knutson, H.V. (2004) Motoverføring i individualterapi og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 41. nr. 10 2004, side 804-809.
- Kutz, I. (1989). Samson`s complex: The compulsion to re-enact betrayal and rage. *British Journal of Psycho-Analysis*, 38, 123-134.
- Kvale, S. (2006) «*Det kvalitative forskningsintervju*» 9. opplag. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Kvale & Brinkmann (2010) «*Det kvalitative forskningsintervju*» Gyldendal Norsk Forlag, Oslo
- Langeland, E., Wahl, A.K., Kristoffersen, K., Nortvedt, M.W. & Hanestad, B.R. (2007). Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. I Langeland, E.`s Doktoravhandling. *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems*. Universitetet I Bergen.
- Larsen, E. (2004). «*Miljøterapi med barn og unge*». Universitetsforlaget, Oslo
- Larsson, Staffan (1993) «Om kvalitet i kvalitative studier» *Nordisk Pedagogikk*, Vol. 13 pp. 194-211, Oslo
- Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olafsson (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nr. 11, 284-291.
- Lindstrøm, U.Å. (2003) «*Psykiatrisk sykepleie*» Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Loem, G. (2006) «*Samspill I psykisk helse*» Cappelen Akademisk Forlag, Oslo
- Loem, G. (2008) Nærhet uten distanse versus distanse uten nærhet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2, 4 årgang.
- Loughrey, L., Jackson, J., Molla, P. & Wobbleton, J. Patient Self-Mutilation: When Nursing Becomes a Nightmare. *Journal of Psychosocial Nursing* 1997, Vol. 35, No. 4.

- Lov om arbeidsmiljø (2006). Arbeids- og Sosialdepartementet.
- Lov om helsepersonell (2015). Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2010) «Kvalitativ innhålsanalys» I Granskår & Høglund-Nielsen (red.). «Tillampad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård» Studentlitteratur AB, Lund, Sverige.
- Malterud, K. (2013). "Kvalitative metoder i medisinsk forskning" 3. utgave, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- McAllister, M. (2003) Multiple meanings of self-harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177-185.
- Mehlum, L. & Holseth, H. (2009). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskrift Norsk Legeforening 2009*; 129: 759-62.
- Meyer, S. (2000). «Avmakt» Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo
- Miller, D. (2005). «Women who hurt themselves» Basic Books, New York, USA.
- Moe, A. (2007) Solveigs savn: Refleksjoner i etterkant av et forskningsintervju om selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 44 nr. 10, 2007, side 1254-1258.
- Moe, A. & Ribe, K. (2007) *Selvskadingens dynamikk»* Universitetsforlaget, Oslo.
- Molander, B. (1993). «Kunnskap i handling». Bokforlaget Daidalos AB, Göteborg, Sverige.
- Muehlenkamp, Jennifer (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrom. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 75, No. 2, 324-333.
- Måseide, P. (2008). *Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv*. I Molander & Terum «Profesjonsstudier» Universitetsforlaget, Oslo
- Nicholson, L.A. (2008). Rural mental health. *Advances in Pscyhiatric Treatment*, Vol.14, 302-311.
- Nijenhuis, E.R.S., Van Der Hart, O., Steele, K. (2006). «Traumetelatert strukturell dissosiasjon av personligheten» I Anstorp, Benum & Jacobsen (red.) «Dissosiasjon og relasjonstraumer». Universitetsforlaget, Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere»
- Nortvedt, F. (2000). Smertelindring – Ny kunnskap gir nye muligheter. *Vård i Norden 1/2000*, Publ. No. 55, Vol. 20, No. 1 PP 32-35.
- Norvoll, R. (2004). "Samfunn og psykisk helse". 1.utg. 2.oppl. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I «Metodisk feltarbeid» Fossåskaret, Fuglestad & Aase (red.). Universitetsforlaget, Oslo.
- Pitblado, J.R. (2005). So, What Do We Mean by «Rural», «Remote», and «Northern». *University School of Nursing. CJNR 2005*, Vol.37, No. 1, 163-168.
- Polit & Beck (2012) «Nursing research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice» Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Rosenvinge, J.H. (2008) «*Emosjonelle vansker som spiseforstyrrelser og selvskading – hvordan kommer de til uttrykk og hvordan kan de forstås?*» I R. Haugen (red.) «*Barn og unges læringsmiljø, Vol 3. 2008.* Høyskoleforlaget, Oslo
- Rovik, A.M. (2007) Selvskading og miljøterapi. *Vård i Norden* 2/2007, Publ. No. 84, Vol. 27, No.2, PP 35-40.
- Røssberg, J.I. (2007). Motoverføring i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 2007; 127:1485
- Sandlie, G.W. & Ystgaard, M. (2007) «Ungdomens røst: om forebygging av psykiske vansker og villet egenskade», *Suicidologi* Vol. 12, nr. 3.
- Scharff, J.E. (2013). The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases. I «*Rural Nursing*» Winters, C.A. (editor). Springer Publishing Company, New York, USA.
- Schjødt, B.R., Hoel, A.K., & Onsøien, R. (2012). «*Psykisk helse som kommunal utfordring*» Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Schibbye, A-L.L. (2002). «*En dialektisk relasjonsforståelse*». Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Schrank, Stanghellini & Slade (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 421-433.
- Simeon, D. & Favazza, A.R. (2001). Self-injurious behaviors. Phenomenology and Assessment. I Simeon & Hollander (Eds.), *Self-injurious Behaviors, Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (2010) «*Grundbog i Psykiatri*», 1. udgave, 4. oplag. Hans Reitzels Forlag, Latvia.
- Skau, G.M. (1999). «*Gode fagfolk vokser*». Cappelen Akademisk Forlag AS, Oslo.
- Skårderud, F. (2006) «*Flukten i kroppen – senmoderne skamfortellinger*». I Gulbrandsen & al. «*Skam i det medisinske rom*». Gyldendal Akademisk, Oslo
- Skårderud, F. (2006). Skrift i hud. *Rus og avhengighet, nr.3.*
- Skårderud, F. (1998). «*Uro – en reise i det moderne selvet*» Aschehoug, Oslo
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013) «*Miljøterapi boka*» Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009) «*Hva er selvskading?*», *Tidsskrift for Den norske legeforening* Nr. 8, 754-758.
- Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010). «*Psykiatriboken: Sinn – kropp - samfunn*» Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2008) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.
- Spurkeland, J. (2012). «*Relasjonskompetanse*» Universitetsforlaget, Oslo
- Stern, D.N. (2003). «*Spedbarnets interpersonlige verden*». Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, Vol. 18, No. 5, pp. 531-554.

- Svedberg, L. (2002). "Gruppepsykologi" Abstrakt Forlag AS, Oslo.
- Svenaesus, F. (2003). "Sykdommens mening". Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Thagaard, T. (2010). «Systematikk og innlevelse». Fagbokforlaget AS, Bergen.
- Thomassen, M. (2006) «Vitenskap, kunnskap og praksis» Gyldendal Akademisk, Oslo
- Thornquist, E. (2006). «Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori» Fagbokforlaget, Bergen.
- Thorsen, G-R.B. (2006). "Selvskading og selvmord – ingen selvfølge». *Suicidologi Årg. 11, nr. 1.*
- Tjora, A. (2012). "Kvalitative forskningsmetoder i praksis" Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Topor, A. (2003). «Tid, rum och makt i rehabiliteringsarbeid med psykisk svært størda patienter» Sahlgrenska Universitetssjukhuset Område Østre.
- Topor & al. (2006). Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9: 17-37.*
- Topor & Borg (2014). «Virksomme relasjoner». 3. rev. Utgave. Kommuneforlaget AS, Oslo
- Vatne, Solfrid (2006) «Korrigerer og anerkjenner» Relasjonens betydning i miljøterapi. Gyldendal Akademiske, Oslo
- Vea, I. (2006). Dødelig skam. *Suicidologi, Årg. 11, Nr. 1.*
- Wakerman, J. (2004). Defining remote health. *Australian Journal Rural Health (2004) 12, 210-214.*
- Wattum, G. (2011). «Å gi smerten ord». I Straand, S. (red.). «Samhandling som omsorg» Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2000). "Styrk sterke sider" Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Weber, M.T. (2002) Triggers for self-abuse: A qualitative study. *Clinical Psychiatric Nursing, 16 (3), 118-124.*
- Wilhelm & al. (2000) Selecting your options: a pilot study of short interventions with patients who deliberately self-harm. *Australian Psychiatry 8, 349-354.*
- Yip, K-S. (2005). A multi-Dimensional Perspective of Adolescents` Self-Cutting. *Child and Adolescent mental Health Volume 10, No. 2, 2005, pp. 80-86.*
- Ystgaard, M. (2003) "Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater for forebyggende arbeid», *Suicidologi Vol. 8, nr. 2.*
- Ystgaard, M. (2001) «Nytt multisenterprosjekt om villet egenskade blant barn og unge i Europa», *Suicidologi, Vol. 6, nr. 1.*
- Ystgaard, Reinholdt, Husby & Mehlum (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening, Vol. 123, Nr. 16, s 2241-2245.*
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol. 45, nr. 8, s.939-948.*
- Zahavi, D. (2001). «Husserl og fenomenologi» Gyldendal, Danmark.

Øverland, Svein (2006) "*Selvskading*" Fagbokforlaget, Oslo

Ådland, A. & Alsaker, K. (2007). «*Bofellesskap som terapeutisk arena*». I Almvik & Borge
«*Psykisk helsearbeid i nye sko*» Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2.opplag, Bergen

Åkerman, S. (2010) «*For å overleve*» Humanist Forlag AS, Oslo.

Vedlegg 1.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Oddny Igland
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 24.10.2014

Vår ref: 40249 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40249</i>	<i>Selvsikading - Hva opplever psykiatriske sykepleiere hjelper i møtet med unge jenter som selvsikader seg?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Oddny Igland</i>
<i>Student</i>	<i>Per-Gunnar Arnesen</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, 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>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.11.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrresvarva@svt.ntnu.no

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40249

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres:

- setningen "Din identitet vil være anonymisert gjennom hele prosjektet" må slettes, da data ikke vil regnes som anonyme når det foreligger en koblingsnøkkel. Det må heller tilføyes en setning om at data vil bli anonymisert innen prosjektslutt, 20.11.2015.
- navn og kontaktinformasjon for student og veileder må tilføyes.

Vi minner om at det av hensyn til sykepleieres taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.11.2015. 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 som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Vedlegg 3.

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endringsskjema registrert 09.04.2015 og 22.04.2015 for prosjektnr. 40249. Vi har registrert at tittel er endret til "Hvilke utfordringer møter psykiatriske sykepleiere på, i relasjon til unge jenter med selvskading - En kvalitativ studie fra to døgnheter i Finnmark" og at veileder endres fra Oddny Igland til Grethe Melhus.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

--

Vennlig hilsen

Hildur Thorarensen
Rådgiver/Adviser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 26 54
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80
Email: hildur.thorarensen@nsd.uib.no
Internettadresse: www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 4.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Veileder: Førsteamanuensis Grete Mehus UIT, IHO Campus Hammerfest, Tlf. arb. 78 45 06 28, mobil 905 11213, e-post. grete.mehus@uit.no

Student: Per-Gunnar Arnesen, kontaktinformasjon: tlf. 950 89444, e-post: par003@uit.no

Hvilke utfordringer møter psykiatriske sykepleiere på i relasjon til unge jenter med selvskading? -

En kvalitativ studie fra to døgnenheter i Finnmark.

Bakgrunn og hensikt

Vil med dette spørre deg om du er villig til å delta i et forskningsprosjekt for å se på hva du som psykiatrisk sykepleier mener er utfordrende i møtet med unge jenter med selvskadende atferd i Finnmark. Hensikten er å kunne fange opp dine meninger om hva som har betydning for denne pasientgruppen, for på denne måten kanskje få innsikt i hva som kan gjøres for å bedre praksis.

Studien er et ledd i min mastergradsoppgave i psykisk helse ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer studien

Deltakelse i studien innebærer at jeg gjennomfører et intervju av deg på ca. 1 times varighet.

Hva skjer med informasjonen om deg

På forhånd har jeg meldt mitt prosjekt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og vil måtte forholde meg til regler om oppbevaring og makulering av datamaterialet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Når data fra lydbåndet er blitt nedskrevet og bearbeidet vil lydloggen bli slettet. Dine opplysninger vil ikke komme frem hverken fra opptaket eller fra det skriftlige materialet. Data vil bli anonymisert innen prosjektslutt 20.11.2015.

Frivillig deltakelse

Din deltakelse er fullstendig frivillig, og du kan når som helst og uten begrunnelse under hele prosjektperioden trekke deg. Dine opplysninger vil da øyeblikkelig bli slettet.

Rett til innsyn

Hvis du takker ja til deltakelse, har du rett til innsyn i hvilke opplysninger jeg som ansvarlig har registrert på deg.

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

Hvilke utfordringer møter psykiatriske på, i relasjon unge jenter med selvskading? -

En kvalitativ studie fra to døgnenheter i Finnmark.

Jeg (informantens navn).....
Har lest gjennom informasjonsskrivet og på bakgrunn av dette samtykker i å delta i mastergradsprosjektet.

Med dette stiller jeg meg til rådighet til å møte mastergradsstudent Per-Gunnar Arnesen til intervju om mine erfaringer og opplevelser med unge jenter med selvskading.

Jeg er informert om at min deltagelse i prosjektet er fullstendig frivillig og at jeg til enhver tid kan trekke meg fra prosjektet

Sted..... den.....2014

Signatur.....

Kontaktadresse.....

Mobilnr/telefonnr..... e-post.....

Evt. e-post arbeid.....

