

Camilla Salvesen

## «Bedøvelsen skal de spare til noen som fortjener det»

- en kvalitativ studie av pasienters møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading

Hovedoppgave i psykologi

Veileder: Eva Langvik og Merete Nordbotn

Mai 2019



Camilla Salvesen

## «Bedøvelsen skal de spare til noen som fortjener det»

- en kvalitativ studie av pasienters møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading

Hovedoppgave i psykologi  
Veileder: Eva Langvik og Merete Nordbotn  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi



### **Forord**

Ideen til denne oppgaven ble til etter å selv ha jobbet på akuttpsykiatrisk avdeling halve studietiden, der jeg noen ganger møtte pasienter som selvskadet. Jeg opplevde at disse pasientene kunne bli behandlet på en måte jeg reagerte negativt på, og ble interessert i hvorvidt eller hvordan disse møtene preget dem. Oppgaven bygger på en uavhengig studie, og jeg har under veiledning gjennomført intervjuer, transkribering og analyse av datamaterialet.

Jeg vil takke Mental Helse Trondheim, Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) og Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt) for hjelp med rekruttering av deltakere. Jeg vil også takke alle informantene som deltok i studien, og gjorde det mulig å skrive denne oppgaven. Dere har lært meg mye om hvordan møter med helsepersonell kan kjennes ut, og hvilke konsekvenser de kan ha, både på godt og vondt. Det har vært rørende å høre om gode opplevelser, og vondt å høre om de vanskelige. Flere av informantene valgte å gjenåpne et tilbakelagt og vondt kapittel ved å snakke med meg, og det setter jeg utrolig stor pris på.

Oppgaven hadde heller ikke blitt noe av hvis det ikke hadde vært for mine veiledere, Eva Langvik og Merete Nordbotn. Eva har bidratt med masse metodekunnskap, struktur, raske tilbakemeldinger og mye mer, mens Merete har bidratt med en uvurderlig klinisk kunnskap om selvskading og behandling av dette. Jeg vil også takke min svært tålmodige samboer Alexander, jentene på lesesalen og alle andre som har holdt ut med meg, støttet og oppmuntret meg gjennom skriveprosessen.

*Camilla Salvesen  
Trondheim, mai 2019*



### Sammendrag

Selvskading er et utbredt problem blant ungdom og unge voksne, og mennesker som selvskader opplever ofte vanskelige møter med helsevesenet. Studien undersøkte hvordan møter med helsepersonell kan oppleves for selvskadende pasienter og hvilke konsekvenser møtene kan ha, ved hjelp av kvalitative, semistrukturerte intervjuer. Syv informanter i 20- og 30-årene ble intervjuet, og det ble gjennomført en tematisk analyse av datamaterialet. Det ble på bakgrunn av dette identifisert ti temaer som beskriver både det som ble opplevd som gode og dårlige møter med helsepersonell, og hva slags betydning disse møtene hadde. Det som kjennetegnet gode møter var at helsepersonell formidlet et ønske om å hjelpe, viste aksept og profesjonell ro, samt var interessert og ærlig om manglende kunnskap. Møtene som opplevdes dårlige var preget av uverdigg behandling i form av forakt og straff, og fordommer om at selvskading er en strategi for å få oppmerksomhet. Dårlige møter kunne øke vanskelige følelser som skam og verdiløshet, skape barrierer for å ta kontakt med helsevesenet i fremtiden og eskalere selvskading. Gode møter hadde motsatt betydning for skam og følelse av verdiløshet, gjorde det enklere å søke hjelp og kunne dermed være et vendepunkt på veien mot et liv uten selvskading. Studien viser at møter med helsepersonell kan være viktige for selvskadende pasienters sykdomsforløp og tilfriskning, og indikerer at det er hensiktsmessig å fortsette arbeidet med å utvikle gode intervensjoner som kan brukes av helsepersonell som møter disse pasientene på legevakt og lignende.





## Innholdsfortegnelse

<b>Introduksjon</b> .....	11
Selvskading og selvmord.....	12
Møter med helsepersonell etter selvskading.....	13
Helsepersonells holdninger og erfaringer .....	15
Selvskadende pasienters møter med helsepersonell .....	18
Problemstilling og presentasjon av studien .....	19
<b>Metode</b> .....	21
Tematisk analyse .....	21
Deltakere og prosedyre .....	22
Beskrivelse av informantene .....	22
Gjennomføring av intervjuene .....	23
Etiske hensyn og personvern .....	24
Telefonsamtaler i forkant .....	24
Intervjuene .....	25
Oppbevaring av sensitivt materiale.....	25
Analyse av datamaterialet.....	25
Transkribering og koding.....	25
Utvikling av temaer.....	26
<b>Resultater</b> .....	29
Dårlige møter – kjennetegn og betydning .....	30
Uverdige behandlet.....	30
Fordommer om selvskading som strategi for å få oppmerksomhet.....	33
Betydningen av dårlige møter.....	34
Forsterker skam og opplevelse av å være verdiløs .....	35
Barrierer for å ta kontakt med helsevesenet.....	36
Eskalerer selvskading.....	37
Gode møter – kjennetegn og betydning.....	38
Ønske om å hjelpe.....	39
Aksept og profesjonell ro.....	40
Betydningen av gode møter.....	42
Reduserer skam og styrker følelse av å være verdt noe.....	42
De gode møtene som vendepunkt .....	43
Oppsummering av resultater.....	44

<b>Diskusjon</b> .....	47
Betydningen av korrigerende emosjonell erfaring .....	49
Misforståtte pasienter .....	50
Årsaker til utfordrende møter .....	51
Implikasjoner .....	54
Styrker og begrensninger ved studien .....	55
Prosedyre og gjennomføring .....	55
Utvalg.....	56
<b>Konklusjon</b> .....	59
<b>Referanser</b> .....	61
<b>Appendiks</b> .....	71
Appendiks A: Rekrutteringsskriv .....	71
Appendiks B: Rekrutteringsskriv til Mental Helse Trondheim .....	72
Appendiks C: Intervjuguide.....	73
Appendiks D: Informasjons- og samtykkeskjema.....	77
Appendiks E: Svar fra REK.....	80
Appendiks F: Godkjenning fra NSD .....	82

## Introduksjon

Selvskading kan defineres som bevisst, umiddelbar, selvpåført fysisk skade, uten bevisst suicidal hensikt (Bjørneset, 2003). Selvskadingens form kan være både fysisk skade, men også annen selvdeevaluerende atferd, og alvorlighetsgraden varierer (Øverland, 2006). Metodene for selvskading er mange, og kan innebære kutting, brenning, slag, overdose, svelging av ikke-fordøyelige objekter, å forhindre sår fra å gro med mer (Ystgaard, Reinholdt, Husby & Mehlum, 2003; Øverland, 2006). Mange bruker en fast metode (Øverland, 2006, s. 30), men det er også vanlig å bytte mellom ulike metoder (Witt, Daly, Arensman, Pirkis & Lubman, 2019). Det kan også skilles mellom ulike typer selvskading, eller grupper som selvskader, der en inndeling i fire kategorier er utbredt (Favazza, 1998; Smith, 2005). Kategoriene er alvorlig selvskading som for eksempel amputasjon, ofte utført i psykotisk eller ruspåvirket tilstand, stereotyp selvskading som er forbundet med psykisk utviklingshemming eller utviklingsforstyrrelser, sosialt akseptert selvskading som blant annet piercinger og tatoveringer og moderat/overfladisk selvskading (Favazza, 1998; Fong, 2003). Den sistnevnte kategorien er den som er sentral for denne oppgaven, og er den selvskadingskategorien en ser hos mange mennesker med ulike psykiske plager (Fong, 2003).

Selvskading forekommer relativt hyppig blant ungdom fra 12-årsalder og blant unge voksne (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012), men også (eldre) voksne selvskader. En regner med at mellom 10 og 20 % av ungdom og unge voksne har selvskadet (Hawton et al., 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2011; Ross & Heath, 2002), mens 6 % av voksne rapporterer det samme (Klonsky, 2011). I Norge er det funnet lignende tall, nesten 14 % av ungdom hadde skadet seg selv en eller flere ganger i en undersøkelse (Ystgaard et al., 2003). I Novarapport 2/2014 svarer 25 prosent av jentene og 11 prosent av guttene mellom 13-17 år bekreftende på at de har forsøkt å skade seg selv (Hartberg & Hegna, 2014, s. 8). Selvskading antydes å være et økende problem, både Norge og i andre vestlige land (Hartberg & Hegna, 2014; Hawton et al., 2012; Øverland, 2006), og flere ungdommer enn voksne rapporterer om pågående eller tidligere erfaringer med selvskading (Klonsky, Victor & Saffer, 2014). Flere undersøkelser indikerer at flere kvinner enn menn skader seg (f.eks. Ross & Heath, 2002; Ystgaard, 2003), men det er usikkert om dette gjenspeiler faktiske forhold, eller om det handler om at kvinner i større grad skader seg på måter det oftere blir spurt om, og hyppigere søker behandling (Møhl, 2015; Øverland, 2006). Samtidig er det dobbelt så mange menn som kvinner som tar selvmord i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017), og 3,5 ganger så mange menn som kvinner i USA (Centers for

Disease Control and Prevention, 2019). En del av disse har også oppsøkt helsevesenet med selvpåførte skader i forkant (Gairin, House & Owens, 2003; Rhodes et al., 2018).

Årsakene til selvskading kan være mange og ulike, men handler ofte om å forsøke å håndtere eller endre vanskelige tanker, følelser eller relasjoner (Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz & Spitrino, 2003; Øverland, 2006). Stänicke, Haavind og Gullestad (2018) fant at det i tillegg kan handle om å uttrykke uakseptable følelser, og å få kontakt med andre. Det finnes også tydelig støtte for at selvskading kan ha en selvstraffende funksjon, og brukes for å skape større avstand til andre (Klonsky, 2007; Møhl, 2015, s. 176). En del rapporterer også at de skader seg for å føle noe annet enn nummenhet (Brown, Comtois & Linehan, 2002; Klonsky, 2007; Penn et al., 2003). Selvskading kan blant annet observeres i forbindelse med psykiske vansker og lidelser som depresjon, rusmisbruk, dissosiasjon, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser, og kan være knyttet til traumer (Butler, 2016; Favazza, DeRosear & Conterio, 1989; McAllister, 2003; Ystgaard et al., 2003; Zlotnick et al., 1996; Øverland, 2006). Selvskading kan være et av flere kjennetegn på selvdestruktivitet, slik en kan se hos mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (World Health Organization, 1999). I tillegg forekommer selvskading i normalbefolkningen, hos mennesker som ikke har en diagnostisert psykisk lidelse (Øverland, 2006). Mange selvskadende pasienter sliter med emosjonell dysregulering, som kan være et resultat av en medfødt følelsesmessig sårbarhet kombinert med et miljø som har vært preget av at personens følelser er blitt ugyldiggjort (Linehan, 2004; Mehlum & Holseth, 2009).

### **Selvskading og selvmord**

Bjørnesets nevnte definisjon på selvskading sier at selvskading er uten bevisst intensjon om å ta livet sitt, og skilles dermed fra selvmordsforsøk. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) nevner «Non-suicidal self injury» som en tilstand det bør forskes mer på, i tillegg til «Suicidal Behavior Disorder» (American Psychiatric Association, 2013). I gjeldende utgave av International Classification of Diseases (ICD-10) kodes selvskading som X6n (X60-X84) «Villet egenskade» i kapittelet som omhandler «Ytre årsaker til skade eller dødsfall», og her skilles det ikke mellom selvpåførte skader med og uten suicidal intensjon (World Health Organization, 2016). Det er vanlig å definere selvskading som selvpåført skade uten suicidal hensikt (Mehlum & Holseth, 2009), men forskjellene er ikke nødvendigvis alltid så tydelige i praksis, da det ofte er ambivalens involvert i et forsøk på å ta selvmord (Wagner, Wong & Jobes, 2002). Mennesker som

selvskader kan ofte også ha selvmordstanker, og nesten halvparten av dem som skader seg, sier de har prøvd å ta livet sitt minst en gang (Victor & Klonsky, 2014). En kan også skade seg uten å ha en suicidal intensjon, men likevel ende opp med å ta livet sitt ved et uhell. Mange angir at de skader seg for å klare å la være å ta livet sitt (Klonsky, 2007; Møhl, 2015), men selvskading er i seg selv en av de største risikofaktorene for selvmord (Hawton, Zahl & Weatherall, 2003). Det er estimert at rundt 10 % av dem som kommer til sykehus etter selvskading, tar livet sitt innen 10 år (Butler, 2016). Gairin og kollegaer (2003) fant at 15 % av dem som tok livet sitt, hadde vært på legevakt/akuttmottak for selvskading i løpet av året før selvmordet. De fant en median på 38 dager, fra pasientene sist var på legevakt/akuttmottak, til de tok livet sitt. Slike møter med selvskadende pasienter på legevakt/akuttmottak kan være selvmordsforebyggende, om en vurderer risiko hos pasientene og gir oppfølging eller intervensjoner deretter (Concannon et al., 2018; Erlangsen et al., 2015). Ceniti, Heinecke og McInerney (2018) konkluderer også med at legevakt og akuttmottak bør være et viktig fokuspunkt når det kommer til selvmordsforebyggende intervensjoner.

### **Møter med helsepersonell etter selvskading**

Det er vanligere å skjule selvskading for andre enn å ikke gjøre det (Øverland, 2006), og kun et mindretall (ca. 15 %) møter helsepersonell direkte i forbindelse med selvskadingen (Mehlum & Holseth, 2009; Ystgaard et al., 2003). Noen mennesker skader seg imidlertid så alvorlig eller hyppig at de trenger hjelp fra helsepersonell i forbindelse med skadene. Selv om relativt få av dem som skader seg er i kontakt med legevakt eller blir innlagt på sykehus, er selvskading en vanlig årsak til behandling på legevakt/akuttmottak og til innleggelse på sykehus (Butler, 2016). En del pasienter skader seg også under innleggelse på sykehus, og kan også i den forbindelse ha kontakt med helsepersonell i forbindelse med skader (James, Stewart, Wright & Bowers, 2012). Selvskadende pasienter kan i ulike sammenhenger møte profesjonelle hjelpere som ikke er definert som helsepersonell i juridisk forstand, slik som hjelpere med sosialfaglig bakgrunn. Da det i de fleste aktuelle tilfeller vil være snakk om helsepersonell som leger og sykepleiere, vil jeg for enkelhets skyld ikke alltid differensiere mellom helsepersonell og andre profesjonelle hjelpere, men skrive helsepersonell. Ved omtale av studier der det er spesifisert at det er andre typer profesjonelle hjelpere, vil dette bli presisert. «Legevakt/akuttmottak» viser til en oversettelse av ord som «emergency department» eller lignende, da dette kan omfatte legevakt, akuttmottak eller begge deler.

Hva trenger pasienten i et møte med helsepersonell etter selvska­ding? Hva er helsepersonells oppgaver? En sentral oppgave er å undersøke og eventuelt behandle skader, men også å kartlegge selvska­dingens omfang og funksjon (Mehlum & Holseth, 2009). Siden en kjenner til at selvmordsrisikoen blant selvska­dende pasienter generelt er betraktelig forhøyet sammenlignet med befolkningen for øvrig (Hawton et al., 2003), bør det også kartlegges selvmordsrisiko (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen, & Moen, 2018). Den aktuelle selvska­dingen kan ha vært et forsøk på å ta livet sitt, og det er ikke sikkert dette kommer frem på pasientens eget initiativ. Helsedirektoratets veileder for kommunene om forebygging av selvska­ding og selvmord skiller mellom selvska­ding og selvmordsatferd som ikke er kartlagt fra før, og slik atferd som tidligere er kartlagt (Helsedirektoratet, 2017). Felles er at en må kartlegge og vurdere pasientens tilstand, avgjøre hva slags hjelp pasienten trenger, selv intervenere om mulig og henvise til spesialisthelsetjenesten der dette ansees som nødvendig (Helsedirektoratet, 2017). Legevakthåndboken anbefaler å behandle skaden etter vanlige medisinske retningslinjer, kartlegge skadeatferd og følelser knyttet til denne, motivere for behandling ved vedvarende selvska­ding, vurdere behov for innleggelse og oppfølging hos fastlege (Johansen et al., 2018).

En del mennesker som skader seg går gjerne i ulike former for poliklinisk, psykologisk behandling med fokus på selvska­dingen og/eller andre symptomer (Møhl, 2015; Øverland, 2006). Medikamentgrupper som antidepressiva, antipsykotika og stemningsstabiliserende brukes også i behandling av selvska­ding, blant annet for å redusere impulsiv atferd (Smith, 2005), men dette er en omdiskutert praksis (Kåver & Nilsonne, 2004).

Det arbeides med å utvikle virksomme kliniske intervensjoner som kan brukes av helsepersonell som møter pasienter på legevakt og lignende (O'Connor et al., 2017). Som poliklinisk, psykologisk behandling for selvska­ding har dialektisk atferdsterapi (DBT) sterk evidens som en effektiv behandling (Mehlum & Tørmoen, 2014; Smith, 2005; Øverland, 2006), også hos ungdom (Tørmoen, 2017). DBT bygger på læringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zenbuddhistisk filosofi, og vektlegger ferdighetstrening i blant annet følelsesregulering og relasjonelle ferdigheter (Kåver & Nilsonne, 2004). DBT forsøker å hjelpe pasienter til å håndtere motstridende impulser og følelser – dialektiske dilemma, som behov for aksept versus behov for endring, eller behov for å klare seg selv versus behovet for hjelp fra andre (Brager-Larsen & Toven, 2007, s. 12). Walby og Ness (2009) mener prinsipper fra DBT også kan brukes i møter med selvska­dende pasienter på legevakt, og har presentert et forslag til en intervensjon basert på dette. Intervensjonen legger blant annet vekt

på tydelig validering av pasientens opplevelse, samtidig som en forsøker å fasilitere problemløsning og få pasienten ut av en følelsesstyrt modus (Walby & Ness, 2009).

Britiske retningslinjer for behandling av selvskadende pasienter sier at mennesker som har skadet seg selv skal behandles med samme medfølelse, respekt og verdighet som alle andre pasienter (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Mye tyder på at mange pasienter ikke opplever at de blir møtt på en god måte når de oppsøker helsevesenet med selvskading (McHale & Felton, 2010; Mehlum & Hoseth, 2009; Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009). Samtidig synes veldig mange helsepersonell at dette er en pasientgruppe som det er utfordrende å behandle på en god måte (Clarke, Dusome & Hughes, 2007; Øverland, 2006).

Selvskading er i hovedsak en privat handling, og stort sett har ikke den som skader seg et mål om å påvirke andre (James et al., 2012). Selv om det ikke nødvendigvis er hensikten, vet vi at mennesker som skader seg ofte vekker vanskelige følelser i andre, som frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighetsfølelse, maktesløshet eller hjelpeløshet (Jørstad, 1999, s. 213; Ribe & Mehlum, 2015; Øverland, 2006). Dette kan gjøre det utfordrende for dem som skal hjelpe selvskadende pasienter, kanskje særlig i «akutte» situasjoner der de må forholde seg til og behandle sår og skader som skyldes selvskading. Dette oppleves trolig annerledes eller mer intenst enn møter med selvskadende pasienter som er planlagt og som helsepersonell er forberedt på i forkant, som i poliklinisk, psykologisk behandling. Møter etter selvskading kan også være vanskelige for den som har skadet seg, der mange kjenner på skam eller andre vanskelige følelser, og kan synes det er vanskelig å be om hjelp eller å ta imot hjelp (Ribe & Mehlum, 2015).

### **Helsepersonells holdninger og erfaringer**

Det er gjort en del forskning på hvordan det oppleves å skulle hjelpe pasienter i forbindelse med selvskading, for leger, sykepleiere eller annet helsepersonell, og hva som kan være utfordrende for hjelperne i disse møtene. Selvskading kan i disse sammenhengene ses på som et fysisk problem som må adresseres, samtidig som det kan være psykiatiske, emosjonelle eller sosiale problemer som har ført til selvskadingen. Clarke og kollegaer (2007) påpeker at pasienter med psykiske utfordringer ikke passer til behandlingsnormen på legevakt/akuttmottak, og at det derfor kan være vanskelig å håndtere slike pasienter. I flere studier der helsepersonell på legevakt eller sykehus er intervjuet, trekkes det frem en frustrasjon over et system som svikter pasientene (Hadfield, Brown, Pembroke & Hayward,

2009; Koning, McNaught & Tuffin, 2018; Slaven & Kisely, 2002). Dette kan handle om manglende struktur for hvordan en selv skal hjelpe selvskadende pasienter, eller utfordringer i samarbeid mellom legevakt/akuttmottak og psykisk helsetjenester (Hadfield et al., 2009; Slaven & Kisely, 2002). Det virker å være ekstra utfordrende for helsepersonell å behandle selvskadende pasienter som kommer til legevakt eller sykehus gjentatte ganger, for eksempel flere ganger i uka (Hadfield et al., 2009).

Det å jobbe med selvskadende pasienter vil stort sett vekke sterke følelser hos dem som skal hjelpe, selv om de har kunnskap om selvskading og erfaring med å hjelpe slike pasienter (Notø, Olsen, Normann & Løberg, 2005; Øverland, 2006). Det ser imidlertid ut til at en stor del av de profesjonelle som møter denne pasientgruppen, opplever å mangle kunnskap om selvskading og om hvordan de på best mulig måte kan møte det på legevakt eller på sykehus (Koning et al., 2018; McHale & Felton, 2010). Dette kan føre til usikkerhet, frustrasjon eller følelse av hjelpeløshet, og at helsepersonell unngår pasientene (Slaven & Kisely, 2002), eller velger å ikke snakke om eller involvere seg i årsakene og følelsene som lå bak selvskadingen (Hadfield et al., 2009; Redley, 2010).

Manglende kunnskap kan også bidra til at en stor del av helsepersonell har negative holdninger til selvskadende pasienter (McHale & Felton, 2010). Helsepersonell kan ha visse forestillinger om pasienter som selvskader, blant annet at de bruker selvskading som manipulasjon for å bli innlagt eller for å få oppmerksomhet, at de har lavere risiko enn andre for å ta selvmord eller at de har høy grad av kontroll over atferden (Hadfield et al., 2009; Mehlum & Holseth, 2009; Ross & Goldner, 2009; Slaven & Kisely, 2002; Thornicroft, 2006). Selvskadende pasienter som kommer til legevakt eller sykehus med skader flere ganger, blir i større grad møtt med negative holdninger og får mindre hjelp (McHale & Felton, 2010). McHale og Felton (2010) mener dette kan skyldes at personalet føler seg inkompetente, at de ikke opplever å klare og hjelpe pasienten, og dermed blir mer negativt innstilt og mindre villig til å hjelpe.

Personalet som jobber på legevakt eller sykehus har ikke nødvendigvis noen formell utdanning eller opplæring i psykiatri eller håndtering av selvskading (Koning et al., 2018; Timson, Priest & Clark-Carter, 2012). Det er også helsepersonell på intensivavdelinger og på legevakt/akuttmottak som ser ut til å ha de mest negative holdningene til selvskadende pasienter (Ouzouni & Konstantinos, 2013). Shaw og Sandy (2016) fant at også sykepleiere som jobbet med selvskading i psykiatriske avdelinger stort sett hadde negative holdninger, og at disse holdningene hadde sammenheng med manglende kunnskap og ferdigheter. Å ha



erfaring med selvskadende pasienter er generelt forbundet med mer positive holdninger (Timson et al., 2012), men erfaring betyr ikke nødvendigvis at en har god kunnskap om selvskading (Crawford, Geraghty, Street & Simonoff, 2003; Shaw & Sandy, 2016). Økt kunnskap fører til mer positive holdninger til selvskadende pasienter fordi det gir en bedre forståelse av selvskading (McHale & Felton, 2010; Timson et al., 2012). Samtidig kan helsepersonell ha en positiv innstilling til selvskadende pasienter, men oppleve manglende kunnskap og ferdigheter til å hjelpe disse pasientene (Koning et al., 2018).

Det trengs mer opplæring og kunnskap om hvordan helsepersonell bør håndtere pasienter som har skadet seg, for å hjelpe både pasientene og dem som skal hjelpe (Koning et al., 2018). Selv om det er et godt utgangspunkt at en del helsepersonell har positive holdninger til pasienter som skader seg, er det ikke sikkert det betyr at de møter dem på en god og hensiktsmessig måte. Derimot ser kunnskap og selvtillit ut til å bidra til selvopplevd effektivitet i arbeidet med selvskadende pasienter, hos helsepersonell på legevakt (Egan, Sarma & O'Neill, 2012; Timson et al., 2012). Det å øke kunnskap og erfaring gjennom opplæringsintervensjoner kan dermed gjøre at helsepersonell føler seg i bedre stand til å møte selvskadende pasienter på en hensiktsmessig måte (McAllister, Moyle, Billett & Zimmer-Gembeck, 2009).

Problemet med å vise sinne eller irritasjon overfor en pasient som har selvskadet, er ikke bare at det ikke fungerer, men det kan også være svært skadelig for alliansen og at en risikerer at pasienten ikke kommer tilbake (Fonn, 2017). Å reagere med sinne eller likegyldighet kan også fremprovosere en suicidal krise eller et selvmordsforsøk hos pasienter som strever med slik problematikk (Jørstad, 1999; Slaven & Kisely, 2002). Det er viktig at pasienter som trenger behandling oppsøker helsevesenet, og får best mulig hjelp. Koning og kollegaer (2018) antyder at bedre behandling av selvskadende pasienter på legevakt, kanskje kan føre til at pasientene ikke skader seg igjen. Om ikke det kan være et realistisk mål at ingen av pasienten skader seg på nytt, bør det være et mål at flest mulig har færrest mulig episoder med alvorlig selvskading som krever behandling på legevakt eller sykehus. Å behandle selvskading er også knyttet til store økonomiske kostnader, estimert til opp mot 9000 kroner per hendelse (Tsiachristas et al., 2017) så færre episoder er også hensiktsmessig ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, i tillegg til et helse- og lidelsesperspektiv.

### **Selvskadende pasienters møter med helsepersonell**

Negative holdninger hos helsepersonell kan bidra til de negative opplevelsene som mange selvskadende pasienter forteller om (McHale & Felton, 2010). Rowe, French og Henderson (2014) fant at selvskadende ungdom opplevde barrierer for å oppsøke hjelp, som blant annet handlet om frykt for å få negative reaksjoner eller å bli stigmatisert av andre, og frykt for å bli sett på som oppmerksomhetssøkende. Pasientene opplever ikke selv at de skader seg for oppmerksomhet, samtidig som en del kan ha et ønske om at noen skal bry seg om dem (Holm & Severinsson, 2010). Ungdom som sliter med selvskading forteller om å bli sviktet av systemet, og kan oppleve dette som en avvisning (Wadman et al., 2018). Det ser imidlertid ut til at ungdom som behandles for selvskading på legevakt/akuttmottak, får bedre behandling enn voksne, selv om de voksne pasientene generelt skader seg mer alvorlig (Diggins, Kelley, Cottrell, House & Owens, 2017).

Generelt opplever pasienter som er ofte på legevakt (ikke nødvendigvis for selvskading) selv at de har behov for slik øyeblikkelig hjelp, og synes derfor det er utfordrende når personalet bagatelliserer symptomene deres eller gir uttrykk for at de ikke trenger å behandles ved legevakt (Olsson & Hansagi, 2001). Erfaringer fra Hume og Platt (2006) kan tyde på at mange selvskadende pasienter gjerne ville blitt hjulpet gjennom såkalt community based care, fremfor på sykehus. Dette handlet ikke i hovedsak om at deltakerne var misfornøyde med møtene med personal på sykehus, men at de foretrakk tilbud som var i en annen setting enn sykehus, der de kunne bli bedre kjent med noen få hjelpere (Hume & Platt, 2006). Miljøpersonale som er fysisk eller emosjonelt utilgjengelig kan øke følelser av ensomhet og håpløshet og forsterke innlagte pasienters utfordringer med selvskading (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004; Rovik, 2013).

Det er ofte mye skam og en følelse av verdiløshet knyttet til selvskading, og mange pasienter unngår legevakt om de har muligheten til det (Owens, Hansford, Sharkey & Ford, 2016). Møter med helsepersonell kan påvirke pasientenes følelser og opplevelse av håp på godt og vondt, ut fra om møtene oppleves gode og bekreftende, eller om en opplever å bli misforstått eller straffet (Hunter, Chantler, Kapur og Cooper, 2013; Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2016). Erfaringer fra møtene med helsepersonell kan naturlig nok påvirke senere hjelpesøkningsatferd, om pasienten opplever at det nytter eller ikke nytter å oppsøke hjelp (Hunter et al., 2013; Owens et al., 2016; Ross & Goldner, 2009). Det er også funn som tyder på at dårlige møter med helsepersonell kan påvirke senere atferd knyttet til selvskading, eller

føre til selvmordsforsøk, for eksempel om pasienten opplever å bli ignorert (Owens et al., 2016; Rovik, 2013). På den andre siden kan god behandling (også fra bare en person) føre til at selvskading eller selvmordsforsøk opphører, da pasienten kan gjenvinne tillit til at andre vil han eller henne vel, og lære å samarbeide med andre (Holm & Severinsson, 2010; Rovik, 2013).

Selv om helsesystemene fungerer på ulike måter forskjellige steder i verden, har selvskadende pasienter veldig mange av de samme erfaringene (Taylor et al., 2009). Pasientene forteller om vansker i kommunikasjonen med helsepersonell, opplever at mange av dem de møter mangler kunnskap om selvskading, og ønsker at psykososiale evalueringer og tilgangen til behandling skal bli bedre (Taylor et al., 2009). Hvis den videre hjelpen pasienten er forespeilet eller forventer uteblir, kan han eller hun miste håp om hjelp og ta avstand fra helsetjenester (Hunter et al., 2013). Mange pasienter vil også trenge hjelp etter å ha sluttet med selvskading, da de ikke nødvendigvis har funnet bedre måter å håndtere vanskene sine på, eller opplever å ha det enklere (Moe, 2008; Ribe & Mehlum, 2015). Dette vil kunne vært hensiktsmessig for at pasienten ikke skal gå tilbake til selvskading eller andre destruktive strategier.

Oppsummert sett er det gjort en del studier på hvordan brukere tenker rundt egen selvskading, og hvordan de opplever møtene med helsepersonell og hjelpen de får ulike steder i helsesystemene. Mange av disse er kvalitative studier, som bruker individuelle intervjuer med brukere, fokusgruppeintervjuer med brukere eller pårørende og eksperimentelle eller reelle internettforum der selvskading diskuteres. Litteraturen viser tydelig at møtene mellom pasient og helsepersonell kan være utfordrende for begge parter, og at mange pasienter er misfornøyde med behandlingen de får etter å ha skadet seg. Det er behov for å vite mer om hva selvskadende pasienter selv opplever at kjennetegner gode og dårlige møter, og hva slags betydning eller konsekvenser de ulike møtene kan ha.

### **Problemstilling og presentasjon av studien**

Selv om det er gjort lignende studier i andre land (f.eks. Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2006) er det behov for nasjonale studier, særlig med tanke på at Norge skiller seg fra en del andre land når det gjelder tilgang til helsehjelp. I Norge er det trolig ikke gjort kvalitative studier på akkurat dette tidligere, og det ville være interessant å se om selvskadende pasienter her har lignende opplevelser som studier fra andre land viser.

Jeg ønsker å gjennomføre en kvalitativ studie, med individuelle intervjuer med mennesker som har slitt med selvskading, og har møtt helsepersonell i forbindelse med dette. Møter der selvskadingen var i fokus, inkludert møter der pasienten fikk somatisk behandling for eller overvåkning etter en selvpåført skade er av størst interesse. Dette kan være møter der pasienten har blitt oppdaget av helsepersonell under eller etter selvskading, eller der pasienten selv oppsøkte hjelp. Slike møter kan skje flere ulike steder, som legevakt, under innleggelse på sykehus, ved ambulant oppfølging, poliklinisk behandling eller oppfølging i hjemmet. De profesjonelle hjelperne kan være leger, sykepleiere, psykolog, helsesykepleiere, helsesekretær, miljøarbeider eller lignende. Målet med intervjuene vil være å finne ut hva brukere av helsetjenestene opplever at kjennetegner gode og dårlige møter, basert på erfaringer de har med seg fra slike møter. Det er også et viktig mål å undersøke hvordan disse opplevelsene påvirker senere atferd i forbindelse med selvskadingstrang eller etter selvskading. Studien kan bidra til kunnskap som gir helsepersonell og andre som møter selvskadende mennesker økt innsikt i hva som kan ha betydning for den de møter, og hvordan de på best mulig måte kan hjelpe dem i en sårbar situasjon.

## Metode

Målet med studien var å finne ut hvordan mennesker som sliter med selvskading kan oppleve møter med helsepersonell i situasjoner der de skader seg eller nylig har skadet seg. Det var en målsetning å utforske hva som kjennetegner de gode og dårlige møtene, og om møter med helsepersonell kunne ha konsekvenser for senere atferd i forbindelse med selvskadingstrang eller selvskading.

Siden det var den enkeltes opplevelse i møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading som var fokus, ble kvalitativ metode valgt, da det åpner for en rik og kompleks beskrivelse av slike opplevelser (Braun & Clarke, 2006; Langdridge, 2006). Studien skal undersøke problemstillinger der det finnes en begrenset mengde empiri, og kvalitativ metode ansees som godt egnet til å få (en begynnende) innsikt i hva som er viktig for disse brukerne. Gjennom utforskende, semistrukturerte intervjuer vil det være rom for at deltakerne selv kan trekke frem aspekter ved møtet som har betydning for dem. I et slikt intervju vil deltakeren kunne være mer fri til å fortelle om og reflektere rundt sine opplevelser med egne ord, og gi en rikere mening til disse. Det kan komme frem aspekter som en som forsker ikke hadde kommet på at var aktuelle eller viktige for denne gruppen, som en kunne gått glipp av ved bruk av en annen metode, som kvantitativt spørreskjema. På forhånd ble det vurdert at dybdeintervjuer med 5-8 informanter ville være tilstrekkelig til å kunne utforske problemstillingen, da den kvalitative tilnærmingen vektlegger dybde fremfor bredde og generalisering.

## Tematisk analyse

Tematisk analyse brukes for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006, s. 6). Det er en grunnleggende kvalitativ analysemetode som passer godt for psykologisk forskning, og kan være nyttig når en studerer noe det finnes begrensede studier på fra før, som i dette tilfellet (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Tematisk analyse er også en fleksibel metode med tanke på teoretisk utgangspunkt og kan få frem både likheter og forskjeller i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse tenkes å passe bra til å identifisere temaer fra intervjuene, blant annet for å se om det finnes fellestrekk eller mønstre i opplevelsene til de ulike informantene, og se deres opplevelser i sammenheng med hverandre. Ved bruk av tematisk analyse vil målet være å få frem ulike tema og eventuelle relaterte undertema i analyseringen av datamaterialet, som kan belyse problemstillingen. Forskeren er aktivt involvert i denne prosessen, og bruker sin kunnskap og forståelse i

arbeidet, både i utvikling av intervju spørsmål, under intervju og i selve analyseprosessen der det identifiseres og utvikles tema.

### **Deltakere og prosedyre**

Det var ønskelig å finne deltakere som hadde egenerfaring med selvskading, og som hadde møtt helsepersonell i situasjoner der de hadde skadet seg. Det var også ønskelig at deltakerne var bosatt i Trondheim og omegn. Deltakerne måtte være 18 år eller eldre, og ikke fremstå med nedsatt eller manglende samtykkekompetanse (grunnet symptomatisk fase av alvorlig psykisk lidelse eller lignende).

Deltakere i studien ble rekruttert i samarbeid med ulike brukerorganisasjoner, som bidro med å dele informasjon om studien og kontaktinformasjon. Det ble også hengt opp fysiske oppslag med samme informasjon. I første omgang delte Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt) og Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) saken på sine facebooksider og hjemmesider. Informasjon om studien ble hengt opp ved Psykologiske Poliklinikker på NTNU Dragvoll, utenfor Sit Helse på Moholt, og på Nidaros DPS. Etter hvert ble informasjon om studien også delt av Mental Helse Trondheim, på deres hjemmeside og facebookside. Informasjonen delt gjennom Mental Helse var tydeligere på at det var deltakere med «akutte» møter som var aktuelle for studien. Deltakerne ble ikke rekruttert eller kontaktet direkte, men tok selv kontakt for spørsmål og deltakelse i prosjektet på bakgrunn av informasjon de hadde fått gjennom de nevnte organisasjonene eller oppslagene. De kunne ta kontakt via mail eller telefon.

**Beskrivelse av informantene.** Rekrutteringsprosessen resulterte i til sammen syv informanter. Alle informantene er kvinner, i 20- eller 30-årene. De har alle egenerfaring med selvskading, og har møtt helsepersonell i forbindelse med dette. Noen av deltakerne hadde skadet seg tidligere, men hadde sluttet på intervjutidspunktet, mens noen hadde også skadet seg nylig og anga ikke at de hadde sluttet. Informantene har skadet seg i mer enn to år, og angir å ha selvskadet i form av skraping, stikking, risting, kutting, overdose av medikamenter og (mis)bruk av rusmidler. Informantene angir å i hovedsak ha eller ha hatt psykiske problemer i form av spiseforstyrrelser, depresjon eller ulike angstlidelser, og flere av informantene hadde flere ulike typer psykiske problemer. Alle deltakerne i studien har møtt helsepersonell i ulike situasjoner eller settinger, som poliklinisk behandling for selvskading, ambulante oppfølgingsteam, helsesykepleier eller miljøarbeider i skolen, innleggelse på somatisk avdeling, ulike former for psykiatriske innleggelser, og på legevakt.

To av informantene hadde ikke egne erfaringer med «akutte» møter i forbindelse med selvskading, som møter på legevakt eller under innleggelse, men har gått eller går i poliklinisk behandling der selvskadingen har vært mer eller mindre i fokus. Disse informantene har også møtt helsepersonell i andre sammenhenger. Deres betraktninger er også en del av materialet, men en del rene polikliniske erfaringer er kategorisert for seg og har ikke hatt en sentral plass i analysen, da målet med studien var å se på møter i direkte forbindelse med selvskading.

Tabell 1

*Informantenes erfaringer med selvskading og omfanget av møter med helsepersonell i direkte forbindelse med selvskadingen.*

Pseudonym	Varighet selvskading	Møter med helsepersonell
Silje	Ukjent, men mer enn to år	Mange møter
Maren	Over 10 år	Mange møter
Louise	To år	Få møter
Helene	Tre-fire år	Få møter
Caroline	Ukjent, men minst tre år	Noen møter
Randi	Ukjent, men minst tre år	Mange møter
Anna	Tre år	Mange møter

**Gjennomføring av intervjuene.** Intervjuguiden inneholdt åpne, overordnede spørsmål eller temaer for å snakke om ulike aspekter ved møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading, samt flere utdypende spørsmål under hvert overordnede spørsmål. De overordnede temaene handlet blant annet om hva slags erfaring de hadde med selvskading, hva slags møter de hadde opplevd og eksempler på gode og dårlige møter. De utdypende spørsmålene tok utgangspunkt i hva en på forhånd kunne tenke seg at informantene ville være opptatt av, og skulle brukes dersom de fremstod aktuelle for å få informanten til å utdype. Spørsmålene ble forsøkt formulert på en inviterende og utforskende måte, som åpnet for en rik beskrivelse av deltakernes opplevelser. Intervjuguiden var et viktig bidrag til et felles fokus i gjennomføringen av intervjuene, men den skulle også gi mulighet for å fleksibelt

kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål til det informanten delte. Intervjuguiden finnes som appendiks.

Det ble gjennomført syv semistrukturerte, individuelle intervjuer i perioden april til juli 2018. Tre av intervjuene foregikk over telefon, mens fire ble gjennomført ansikt til ansikt. Alle syv intervjuene ble gjennomført på egnede rom ved NTNU, og det ble tatt lydopptak av intervjuene. Deltakerne ga både muntlig og skriftlig samtykke til deltakelse i forkant av intervjuet, og fikk mulighet til å stille spørsmål om prosjektet. I intervjuene ble deltakerne oppfordret til å fortelle om møter med helsepersonell som de husket godt, både gode og dårlige møter. Fokuset var både på hva som gjorde at et møte ble et godt eller dårlig møte, og om møtene hadde noen konsekvenser for dem. De fikk også mulighet til å komme med konkrete råd til helsepersonell mot slutten av intervjuet, eller andre innspill de måtte ha rundt temaet. Deltakerne ble avslutningsvis i intervjuene spurt hvordan de syntes det var å snakke om selvskading og møtene med helsepersonell, for å kunne gi debriefing om det skulle være behov for det. Alle informantene oppga at intervjuet var en positiv opplevelse, så dette ble ikke aktuelt.

### **Etiske hensyn og personvern**

Selvskading er et sensitivt tema, og kan ofte henge sammen med psykisk sykdom som også gir sensitiv informasjon om deltakeren. Selv om det å bidra til slik forskning kan virke positivt på deltakeren (Biddle et al., 2013), var det viktig å ta etiske hensyn i flere deler av arbeidet med prosjektet. Det ble i utgangspunktet søkt om godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som vurderte at prosjektet ikke gikk under virkeområdet for helseforskningsloven (Saksnr. 2018/113). Dermed ble det søkt om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD godkjente prosjektet 27.03.18, med prosjektnummer 59866. Svarene fra begge instanser ligger som appendiks.

**Telefonsamtaler i forkant.** I forkant av intervjuene ble alle deltakere kontaktet på telefon på et avtalt tidspunkt, for å gi tilstrekkelig informasjon om hva deltakelse i prosjektet ville innebære. Dette var også en anledning til å spørre deltakerne om de selv tenkte at det var noen grunn til at de ikke burde delta, av hensyn til seg selv. Telefonsamtalene ga også mulighet til å på forhånd vurdere om aktuelle deltakere fremstod med nedsatt eller manglende samtykkekompetanse, eller fremstod i en for sårbar situasjon eller fase til at det ville være etisk forsvarlig å gjennomføre intervjuet. En aktuell informant ble utelukket grunnet dette, og ble ikke med i studien.



**Intervjuene.** Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig om at de selv kunne velge hva de ønsket å dele av sine erfaringer, og at de kunne velge å la være å svare på spørsmål uten å gi noen begrunnelse for dette. De fikk også muligheten til å ta pause(r) underveis i intervjuet hvis de kjente behov for dette, og kunne trekke sitt samtykke når som helst før data fra intervjuene var blitt med i analyser. Under intervjuene ble deltakerne behandlet med respekt for det de valgte å dele, og ikke presset på noen måte. Ved avslutning av intervjuene ble alle deltakerne oppfordret til å ta kontakt med intervjuer om det skulle oppstå mange vanskelige tanker eller følelser i etterkant av intervjuet. Biveileder som er psykologspesialist ville da være med å vurdere om deltakeren hadde behov for helsehjelp og hjelpe deltakeren i kontakt med riktig instans for dette. Ingen av deltakerne tok kontakt i ettertid.

**Oppbevaring av sensitivt materiale.** Lydopptakene fra intervjuene ble oppbevart i et låst skap som bare jeg har tilgang til, og blir slettet når arbeidet er ferdig, senest i juni 2019. Intervjuene ble anonymisert allerede da de ble skriftliggjort i transkripsjonen, og er kun tilgjengelige for meg og veiledere. Samtykkeskjema fra deltakerne som inneholder fullt navn er også oppbevart i låst skap, og blir makulert ved prosjektslutt. Ingen opplysninger om deltakerne er lagret utover dette.

### **Analyse av datamaterialet**

Braun og Clarke (2006) beskriver seks steg i tematisk analyse, og disse har vært utgangspunkt for analysen av datamaterialet. De seks stegene består av å gjøre seg kjent med datamaterialet, innledende koding, utvikling av temaer, vurdering av temaene, definering og navngiving av temaene, og å skrive om resultatene fra analysen. Det har vært nødvendig å gå litt frem og tilbake mellom de ulike stegene, særlig i arbeidet med å klargjøre de ulike temaene.

**Transkribering og koding.** Analyseprosessen begynte med å transkribere intervjuene ord for ord, inkludert lyder og pauser. Intervjuene ble anonymisert under transkripsjon, slik at deltakerne ikke skulle kunne identifiseres. Navn på personer, navn på sykehus, lokale navn på ulike team eller andre detaljer som kunne knytte deltakerne til et geografisk sted eller en behandlingsinstitusjon, ble fjernet. Transkripsjon og grundig gjennomlesing gjorde at jeg ble god kjent med materialet.

Deretter fulgte koding av de transkriberte intervjuene. Det meste av materialet ble kodet, med unntak av korte avsnitt som ikke handlet om selvskading eller møter med

helsepersonell i forbindelse med dette. Å kode mesteparten av datamaterialet ble gjort for å være mest mulig åpen for hva deltakerne opplevde som viktig. Ved å utelate større deler av materialet som ikke passet problemstillingen like bra, ville en kunne gå glipp av viktig informasjon. Selv om store deler av datamaterialet ble kodet, og dette ble gjort så tett opp til teksten som mulig, vil forskeren likevel alltid påvirke hvordan sekvenser med tekst forstås og tolkes, og dermed kodes. Et eksempel på hvordan tekstsekvenser ble til koder er vist i Tabell 2.

Tabell 2

*Eksempel på innledende koding.*

Tekstutdrag	Koder
"Og så kommer man ikke inn og på en måte ønsker så mye bra for seg selv heller, man er jo full av skam og tenker at herregud jeg er jo, jeg er jo i veien for hele verden."	Skam Føler seg lite verdt fra før
"Så hvis jeg da blir behandlet ordentlig og får... typ omsorg da, og god behandling, så er det heller sånn der at "oi, okei", et pluss, på en måte."	Positivt overrasket ved godt møte

**Utvikling av temaer.** Analysen fortsatte med at kodene ble sortert i ulike kategorier basert på hva de handlet om. Noen koder som ble vurdert å ikke passet inn i noen spesifikk kategori, ble sortert bort, og gjennomgått i flere runder for å enten bli utelatt eller passe inn i kategorier som etter hvert kom frem. Det kom frem flere ulike kategorier som noen ganger var knyttet til hverandre, og andre ganger var mer tydelig adskilte fra hverandre. Kategoriene ble bearbeidet gjennom flere runder, der de kunne bli delt opp i flere kategorier, eller flere kategorier kunne slås sammen. Enkelte kategorier (temaer) som i liten eller ingen grad bidro til å belyse problemstillingen ble etter hvert utelatt. Slik endte en til slutt opp med flere potensielle temaer. Et viktig steg i analysen ble å undersøke om temaene som hadde kommet frem stemte overens med utgangspunktet: datamaterialet og de opprinnelige kodene. I denne fasen gjorde en ytterligere arbeid med temaene opp mot datamaterialet, og tydeligere

avgrensning mellom enkelte av temaene. Temaene ble videre organisert under overordnede områder, for bedre oversikt. Tabell 3 viser et eksempel på hvordan koder ble til tema, og hvordan temaene ble sortert under et overordnet område.

Tabell 3

*Eksempel på hvordan koder ble til tema, og hvordan temaene ble organisert i overordnede områder.*

Koder	Tema	Overordnet område
Regner med å bli behandlet dårlig		
Redd for nye dårlige møter	Barrierer for å ta kontakt	
Hjelpeapparatet ble en fiende	med helsevesenet	
Lot være å ta kontakt		
Føler seg ikke velkommen på legevakt		Dårlige møter
Skadetrang øker		
Mer selvskading		
Lavere terskel for å skade seg	Eskalerer selvskading	
Klarte ikke stå i mot		
Ødelegger sår etterpå		



## Resultater

Hva slags faktorer spiller inn i om et møte blir oppfattet som et godt møte eller et dårlig møte, av den som mottar hjelp for selvskading? Hva slags betydning har slike møter for pasienten, og for selvskadingen? Informantene hadde mange tanker og erfaringer knyttet til dette, og ti temaer ble identifisert gjennom analysen av datamaterialet. Fem av disse temaene er knyttet til kjennetegn på og betydning av det informantene opplevde som dårlige møter, og fem av dem er knyttet til kjennetegn på og betydning av det informantene opplevde som gode møter. Det ble derfor naturlig å organisere temaene under to overordnede områder: gode og dårlige møter. Tabell 4 nedenfor viser oversikt over identifiserte tema.

Tabell 4

*Oversikt over identifiserte tema og undertema.*

Overordnet område	Tema	Undertema
Dårlige møter	Uverdige behandlet	Foraktet Straffet
	Fordommer om selvskading som strategi for å få oppmerksomhet	
	Forsterker skam og opplevelse av å være verdiløs	
	Barrierer for å ta kontakt med helsevesenet	
	Eskalerer selvskading	
Gode møter	Ønske om å hjelpe	
	Aksept og profesjonell ro	
	Interessert og ærlig om manglende kunnskap	
	Reduserer skam og styrker følelsen av å være verdt noe	
	De gode møtene som vendepunkt	

Temaene med undertemaer vil presenteres og beskrives nærmere nedenfor, med sitateksempler fra informantene. Sitatene er noen ganger forkortet for å bedre få frem poenget, ved å fjerne korte, mindre relevante deler av det som blir sagt. Dette er markert med «(...)». Lyder og lengre pauser er fjernet i tilfeller der disse ikke fremstår som en relevant del av sitatet, men er ellers markert i parentes. Korte pauser eller nøling er markert med «...». Når informanter nevner navn på sykehus eller andre potensielt identifiserende behandlingssteder, står dette i generell form i klammeparentes, som «[navn på behandlingssted]» eller «[psykiatrisk avdeling]». Oppklarende ord eller setninger kan noen ganger være en del av sitatene, samt spørsmål som ledet til informantens svar. Dette markeres også med klammeparentes.

Som nevnt tidligere er det noen informanter som har flere erfaringer med å møte helsepersonell i direkte forbindelse med selvskading, på legevakt eller lignende, mens andre informanter har færre eller ingen slike erfaringer. Det er også enkelte informanter som stort sett har gode erfaringer, eller som har overvekt av dårlige erfaringer. Dette vil til en viss grad prege hvilke informanter som har sitater under de ulike overordnede områdene.

### **Dårlige møter – kjennetegn og betydning**

Det som kjennetegner de opplevelsene som ble sortert innunder området «Dårlige møter» var blant annet opplevelsen av å bli uverdigg behandlet gjennom å bli foraktet og straffet, og å møte fordommer om at selvskading er en strategi for å få oppmerksomhet. Et dårlig møte er ikke bare et møte som mangler det som gir et godt møte, men er i tillegg ofte svært negativt ladet, og pasienten kan føle seg dårligere etter møtet enn i forkant av møtet. De møtene som blir opplevd som dårlige ser ut til å kunne ha stor betydning for informantene, både for hvordan de føler seg under og etter møtet, for hvorvidt de tar kontakt med helsepersonell når de har selvskadingstrang eller har skadet seg, og for selve selvskadingen.

Temaene som omhandler det informantene opplever som dårlige møter er: *Uverdigg behandlet, Fordommer om selvskading som strategi for å få oppmerksomhet, Forsterker skam og opplevelse av å være verdiløs, Barrierer for å ta kontakt med helsevesenet og Eskalerer selvskading*. Først vil temaene som kjennetegner dårlige møter presenteres, deretter temaene som omhandler betydningen av dårlige møter.

**Uverdigg behandlet.** Dette kom frem som et tema fra samtlige intervjuer, og handlet om at informantene ofte hadde opplevelsen av å bli behandlet på en uverdigg måte

sammenlignet med andre pasienter, og/eller hadde inntrykk av at dette var vanlig å oppleve for selvskadende pasienter. Temaet består av undertemaene Foraktet og Straffet.

**Foraktet.** Informantene forteller om helsepersonell på legevakt, på psykiatriske avdelinger og andre steder som er de opplever som strenge, harde, kalde og frekke, og helsepersonell som de oppfatter at har et annet humør rundt dem enn andre pasienter. Det at den skal hjelpe syr sårene greit er ikke nødvendigvis det eneste pasienten trenger for at det skal bli et godt møte. Det kommer frem at det er mye som kan formidles under et slikt møte som gir inntrykk av at en er en lite prioritert pasient, som får dårligere behandling fordi skaden er selvpåført.

Eh, jeg husker at jeg hadde en følelse av at jeg var et objekt som han skulle lappe sammen på et vis, at jeg ikke var et menneske. Fordi måten han var mot meg da. Han så meg ikke i øynene, han så ikke på meg engang. Han bare... ja, det er kanskje noe av det eneste han sa var at vi syr uten bedøvelse, det var ikke spørsmål en gang. (Randi)

Forakt for selvskading eller for pasienter som sliter med dette kan oppleves på flere måter. Informantene forteller at de fikk inntrykk av at en del av dem som skulle hjelpe var oppgitte, at de egentlig ikke ønsket å forholde seg til selvskadingen eller den som hadde skadet seg. Informantene beskriver at forakt kunne uttrykkes gjennom kroppsspråket til helsepersonell, måten å snakke på eller hva de fokuserte på. Opplevelsen av at helsepersonell ikke bryr seg om hvorfor selvskadingen har skjedd, at det er noe «tull» som pasienten burde latt være å gjøre, forsterker følelsen av å bli behandlet som del av en foraktet gruppe og ikke som en enkeltstående pasient.

Veldig sjeldent at noen spurte 'hvorfor har du gjort det?'. Og som sagt så synes jeg jo ikke det er noe... big deal for meg, at de ikke spør om. Men jeg synes det liksom er rart at de ikke prøver å finne ut hva er det med, hva er det med deg som gjør at du har fått det sånn her, ikke sant. Fordi det er jo noe som ligger i bakgrunnen, sant. Men det var ingen som var interessert i det. Det var liksom bare, ja. Nå har du en, hva skal jeg si, uheldig oppførsel eller hva jeg skal si, og det må du slutte med. (Anna)

Informantene forteller om å bli møtt med kjeft og negative kommentarer. Dette bidrar til opplevelsen av at helsepersonell forakter dem, skaper større avstand, og hindrer en god relasjon. Det samme kan sies om å få kjeft for å ha oppsøkt hjelp ved selvskadingstrang, for å forsøke å forhindre selvskading, eller for å ha oppsøkt hjelp i etterkant av selvskading. Noen informanter sier de har inntrykk av at noen helsepersonell tror de nesten kan kjefte bort problemet pasienten har med selvskading.

Andre eksempler på forakt er erfaringer med å ikke bli hilst på av lege som se på eller sy såret. Silje trekker frem en episode der hun var på legevakt etter selvskading, og hadde et sår som burde vært sydd, der ingen engang ville se på såret. Helsepersonell kunne komme med utsagn i et møte som festet seg hos informantene i flere år etterpå. Maren fikk beskjed om at hvis hun ville ta livet sitt, hadde hun kuttet på feil plass. Hun forteller også om kommentarer som «åh, herregud, er det deg igjen?» eller «hvor har du skadet deg nå da?», som kunne møte henne på legevakt.

Hun som møtte meg, hun, hun begynte å kjefte og liksom, ble veldig hissig og kastet... hun kastet en dorull på meg for å få meg til å tørke opp selv (...) Så sa hun det «ja, jeg skjønner ikke, hvis du har så lyst til å dø, hvorfor tar du ikke bare bilen til moren din, og kjører inn i en fjellvegg? Da er du død. Det hadde vært så mye enklere for deg.» Eh, og så sa hun noe sånn som at «for det, det er ikke det at, det er ikke det at så mange andre enn moren din hadde brydd seg. Om du hadde gjort det. Og jeg hadde ikke brydd meg.» (Maren)

***Straffet.*** Flere forteller at de fikk inntrykk av at den dårlige behandlingen de ble møtt med skyldtes at skaden var selvpåført, og at de dermed opplevde å bli straffet for å ha skadet seg. Slik straff kunne for eksempel uttrykkes gjennom å ikke få bedøvelse når skader skulle behandles, eller å ikke fikse skadene på en ordentlig måte. Tre av fire informanter som har erfaring med å bli sydd av lege på legevakt, har opplevd å bli sydd uten bedøvelse. En av dem har opplevd dette gjentatte ganger. Informanter som ikke selv har slike opplevelser sier at de har hørt om at dette har skjedd andre.

Han sydde jo opp liksom, og han ga meg bedøvelse. For det hadde jeg hørt tidligere at noen ganger ikke alle får ja. (...) Jeg har jo hørt historier om det, etterpå også. 'Du får ikke bedøvelse, for du har gjort det her mot deg selv, så du fortjener å liksom ha det enda mer vondt'. (Caroline)

Ved manglende bedøvelse har de informantene det gjelder både opplevd at den aktuelle legen bare begynner å sy uten å si noe, har sagt «vi syr uten bedøvelse», eller gitt en begrunnelse for hvorfor det ikke blir brukt bedøvelse. Flere har inntrykk av at helsepersonell tenker de skal spare bedøvelsen til noen som «fortjener det» (som ikke har selvskadet), og har også opplevd å få dette som begrunnelse. Ingen av informantene som har blitt sydd uten bedøvelse sier de har klart å protestere tydelig mot dette.

Og så har jeg selvfølgelig, den klassiske, blitt sydd uten bedøvelse. Men... fordi at jeg liker smerte og fordi at jeg... ikke fortjener det, og fordi jeg tar opp plass og, og bedøvelsen skal de spare til noen som fortjener det. (...) og da snakker vi også, ikke bare hvor det er ett eller to sting, da snakker vi, jeg tror jeg, jeg tror jeg ble sydd en sånn... 12-13 sting uten bedøvelse en gang. (Maren)



Informantene forteller om opplevelser av at helsepersonell som skal ordne sårene med sting, strips eller lim ikke alltid er interessert i at det skal se fint ut, eller prioriterer å gjøre det ordentlig. Det kunne oppfattes som at helsepersonell ikke orket å fikse sårene ordentlig, fordi de tenkte at pasienten kom jo uansett tilbake. Det kom frem at noen informanter hadde opplevd at legen ikke hadde sydd ordentlig eller pent, ikke var så nøye med at utstyret var sterilt, eller andre hjelpere som var tydelig straffende i måten å rense eller reparere sår på.

Da har de virkelig uttrykt hva de synes om det her, og liksom du ser det på hele kroppsholdningen og måten de gjør ting på. De er ikke interessert i at det skal se fint ut eller noe som helst. (Anna)

Så kom hun som var kontakten min inn... og hun begynte også å kjeft. (...) Og så begynte hun å skulle vaske... og så begynte hun å vaske på tvers av såret. Og det gjorde jo så vondt. Og jeg ga uttrykk for det. Og hun bare «Ja, det skal gjøre vondt. Du skal kjenne hvor dumt det her egentlig var». Og så ble det nå til at det hun gjorde, hun gjorde jo bare såret, på en måte, større, og hun fikk det jo bare til å blø mer. Eh, og så sendte hun meg ned på akutten, eh... hvor altså, full i blod liksom. Og det er ganske nedverdiggende akkurat det også. (Maren)

**Fordommer om selvskading som strategi for å få oppmerksomhet.** Fordommer mot selvskadende pasienter og oppfatninger om hvordan de er, er noe alle informantene har vært opptatt av. Informanter forteller om hvordan de opplever å ha blitt møtt med forutinntatthet mot den pasientgruppen de er en del av – «selvskadere». Det kan gi opphav til mye frustrasjon å ikke oppleve å bli sett som et enkelt menneske, en pasient som hjelperne kanskje aldri har møtt før og ikke vet noe om, men i stedet blir møtt som en pasient som hjelperne allerede har en hel rekke antakelser om fordi vedkommende er en «selvskader». Informantene som har færre eller ingen «akutte møter» med helsepersonell, har opplevd slik forutinntatthet i poliklinisk behandling eller andre steder i systemet, eller kjenner godt til at dette eksisterer.

Jeg har møtt flere som bare tror de vet hvorfor jeg gjør det liksom. Og de vet jo ikke det, de kjenner jo ikke meg. Man kan gjøre det for så mange grunner liksom. (Caroline)

Alle informantene sier uoppfordret noe om at de har opplevd eller har inntrykk av at mange i helsevesenet har en oppfatning om at mange pasienter skader seg for å få oppmerksomhet. En del opplever også at helsepersonell ofte har en holdning eller et mål om å ikke gi selvskadende pasienter oppmerksomhet eller å være for greie. Flere nevner også fordommer mot emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse, og at dette kan henge sammen med holdningene til selvskading.

Senere kom denne legen til avdelingen, og da vi snakket sammen, var det første hun sa å spørre meg om jeg hadde satt på bandasjene for at andre skulle se dem (...), om den bittelille blodflekken på [klærne] var laget der med vilje så andre skulle se det, og om jeg hadde selvskadet for at andre skulle se det. Så hun var helt inn i de fordommene. Og det gjorde ikke situasjonen særlig bedre... (Silje)

Så det er også veldig individuelt hvordan man blir møtt hvis man bli oppdaget, men også hvis du sier fra at «hei, jeg har skadet meg litt», så kan du også risikere å møte den der at «ja, men altså, fikk du ikke nok oppmerksomhet nå?» liksom. (Maren)

Det kommer frem at informantene opplever å bli misforstått gjennom at selvskadingsatferden forstås som et bevisst valg som de har kontroll over. I noen grad kan det kanskje være et valg, men som flere informanter påpeker: det er ikke sikkert en opplever å ha andre valg, eller noen annen måte å håndtere følelser på. I hvilken grad informantene opplever kontroll over selvskadingen er varierende, men felles er at de sier de skader seg i et forsøk på å kontrollere vanskelige og u håndterlige følelser, ikke for å få oppmerksomhet fra helsepersonell eller andre.

Noen informanter forteller at de har blitt oppfordret til å tenke på hva selvskadingen gjør med andre. Slike oppfordringer forstås som et uttrykk for en oppfatning om at dette er viljestyrt atferd, som pasientene kan slutte med om de bare bestemmer seg for det. Silje opplevde at helsepersonell formidlet at hun var slem mot andre når hun skadet seg. Caroline forklarer hvorfor en oppfordring om å tenke på andre ble så feil for henne:

At han hadde, han hadde sagt til meg 'åh, du må tenke på de andre rundt deg', liksom. Og det var jo helt absurd, for det var det jeg gjorde hele tiden. (...) min ekstrem var jo at jeg ville spare alle andre for meg da. Og at jeg ville utslette meg selv fordi jeg synes jeg var i veien og en fæl person liksom. Og så kommer noen og sier du må tenke på de andre liksom. (...) da skjønnte han ikke i det hele tatt hva det egentlig handlet om da. Og så skulle han liksom, han si noe lurt (ler). Det handlet jo ikke om det i det hele tatt. (Caroline)

### **Betydningen av dårlige møter**

De dårlige møtene har hatt stor personlig betydning for informantene. De forteller at møtene har påvirket hvordan de har forholdt seg til seg selv og problemene sine, og hvordan de har forholdt seg til hjelpeapparatet i ettertid. Det kommer frem i intervjuene at informantene opplever at det de opplever som dårlige møter har forsterket kriser, bidratt til en negativ utvikling på viktige livsområder, eller gitt flere eller større psykiske problemer enn de hadde på forhånd. Dårlige møter har også gjort det vanskeligere for informantene å ta kontakt med helsepersonell etter selvskading, og ført til mer eller mer alvorlig selvskading.

**Forsterker skam og opplevelse av å være verdiløs.** Dårlige møter kan forsterke vonde tanker og følelser hos informantene, som særlig handler om hvordan de opplever seg selv. Informantene trekker blant annet frem skyld og skam, følelsen av å være dum, ekkel eller slem, følelsen av å ta opp plass en ikke fortjener eller å ikke oppleve seg tatt på alvor. Dårlige møter kan bidra til at en føler større forakt mot en hjelper, mot verden eller andre generelt, eller at en føler større forakt eller hat mot seg selv. Møtene kan frembringe eller forsterke en følelse av at ingen forstår, og at en ikke hører til i verden, som informantene kan omtalte som at de føler seg spedalske eller har en «alienfølelse».

Det er liksom som hvis jeg forteller en god vits og ingen ler, så er det liksom, forteller du noe kjipt og... ingen bryr seg, så blir det, så følte jeg meg så dum. (Silje)

Det å føle seg mindre verdt eller helt verdiløs etter et dårlig møte, er noe flere informanter trekker frem. Anna forteller at hun ble veldig likegyldig til hva som skjedde med henne, og at dette igjen fikk store konsekvenser for livet og helsetilstanden hennes. En følelse av utrygghet kunne øke i dårlige møter, og øke stressnivået hos informantene. I ettertid kan noen informanter føle bitterhet eller sorg over måten de ble møtt på eller mangelen på hjelp de skulle ønske de hadde fått.

Jeg tror jeg ble veldig likegyldig. Jeg brydde meg ikke, så gjør hva dere vil, jeg bryr meg i, eh, ja. Jeg begynte å ruse meg, liksom bare ga faen i alt, jeg mistet jobben, jeg mistet vennene mine, jeg, ja. (Anna)

Følelsen av å være fullstendig verdiløs blir bare forsterket. Følelsen av at man fortjente å skade seg (...) Eh, følelsen av skam har blitt forsterket... og følelsen av å ta plass har vært forsterket. Og følelsen av å ikke fortjene noe. (Maren)

Selv om flere av informantene har opplevd å ikke få bedøvelse, hører det til unntakene. Likevel er det tydelig gjennom intervjuene at de møtene som blir preget av at informantene ikke får bedøvelse, setter spor. På spørsmål om det ikke var vondt å bli sydd uten bedøvelse, svarer en informant: «det er ikke smerten jeg husker». Det hun husker er følelsen av at hun var så betydningsløs at noen kunne gjøre det mot henne.

Da ble det jo bare bekreftelse på det, at verden er ikke sånn at det er plass til meg da. Det var det jeg så, når jeg møtte han. Så jeg ble jo bare mer kald, og var enda mer sånn 'ja, da må jeg i alle fall ikke føle noe'. (Caroline)

Informanter beskriver at et dårlig møte kan gjøre at en får det vanskeligere og bidrar til en negativ utvikling, fordi møtet river opp i traumer. Det trekkes blant annet frem at et dårlig møte kan forsterke tanker en har om seg selv som har bakgrunn i tidlige traumer, tanker om at

en ikke er verdt noe, at en ikke kan forvente at andre viser en respekt. Det kommer også frem at dårlige møter kan forsterke suicidale tanker.

Og har jeg vært i utgangspunktet... suicidal, så kanskje det er grunnen til at jeg skader meg for å klare å holde ut litt til, så har... den suicidale biten også blitt forsterket. Fordi at... det er jo et bevis på at da trenger du å dø, for jeg er jo bare i veien for hele verden. Eh, alt, alle negative opplevelser som man har og som man kjenner på, blir forsterket i en sånn situasjon, når du blir behandlet så dårlig. (Maren)

**Barrierer for å ta kontakt med helsevesenet.** Dårlige møter i forbindelse med selvskading ser ut til å i stor grad påvirke hvorvidt informantene klarer å be om hjelp før de skader seg, eller hvorvidt de oppsøker hjelp etter at de har skadet seg. Alle informantene som har dårlige erfaringer med helsepersonell på legevakt eller andre steder, sier de har latt være å ta kontakt eller søkt hjelp i ettertid. Dette kommer frem som en direkte konsekvens av hvordan de har blitt møtt. Ofte har informantene flere negative opplevelser som har gjort at de har mistet troen på at noen ønsker å hjelpe dem eller vil møte dem på en god måte.

Det å ta kontakt har blitt vanskeligere. Det å stole på at noen vil meg vel har blitt vanskelig etter sånne situasjoner. Eh, det å tørre å si... selv til de nærmeste behandlerne, at hei, det her har skjedd liksom, har blitt kjempemye vanskeligere fordi at... man blir så sikker på at okei men jeg blir, jeg blir møtt sånn og da det er jo helt klart at alle, alle møter meg sånn nå, selv om jeg vet at det ikke er sånn, så blir sånne møter så sterke at det blir en sånn iboende frykt i deg. (Maren)

Det kommer frem eksempler på at det kunne oppleves tryggere å dra på legevakt under innleggelse, fordi en kanskje ble ivaretatt på en bedre måte i ettertid, men at det var svært vanskelig når en var hjemme. Det at informantene unngikk legevakt når de kjente seg sårbare handler om å ikke ville risikere å bli behandlet dårlig, basert på flere dårlige møter eller et svært dårlig møte som preger dem. De forteller at de ikke føler seg velkommen på legevakt, er redd for nye dårlige møter og hva slags betydning dette kan ha emosjonelt eller for videre selvskading, og vurderer at det ikke er verdt å be om hjelp. Det oppleves vanskelig å be om hjelp når troen på at noen kan forstå er borte.

Og så tør ikke den andre biten av meg, den som har kunne bedt om hjelp, den tør ikke ringe for da regner den med å få sånne kjipe kommentarer at du vil bare ha oppmerksomhet eller et eller annet. Så da lar jeg være. (Silje)

Men det er flere ganger jeg har prøvd å ordne det selv, for å ikke dra dit, fordi jeg vet at det er litt sånn... eh, usikkert hvordan formen er etter jeg har vært der, på grunn av måten de er på, og måten de møter meg på. At jeg tenker at 'okei jeg, nå har jeg skadet meg, og da er ferdig med det, jeg føler meg litt bedre. Hvis jeg drar dit nå, og får det her sydd, og så blir jeg behandlet som en dritt, da kommer jeg

til å... altså da, kanskje, ja, da får jeg det ikke like... får jeg det verre igjen da.' Og den risken ville jeg ikke alltid ta. (Randi)

Det beskrives også hvordan hjelpeapparatet kan føles som en fiende, og at en kan bli nærmest traumatisert av hvordan en har blitt møtt. Da er det naturlig å holde seg unna. Noen forteller hvordan de kan skjule sår for helsepersonell i andre sammenhenger, for å unngå dårlige møter. Det er også vanskelig å skulle be om hjelp av noen en tidligere har opplevd å ha et eller flere dårlige møter med. Informanter som ikke selv har opplevd mange vonde opplevelser med helsepersonell, forteller at de er eller har vært redde for å oppsøke legevakt med selvskading, på bakgrunn av det de har hørt fra andre.

**Eskalerer selvskading.** Analysen viser at det informantene opplever som dårlige møter har stor betydning for selvskading. Møtene kan føre til at selvskadingstrangen øker, at informantene skader seg oftere, i større omfang og mer alvorlig. Flertallet av informantene i studien forteller at selvskadingen har eskalert etter dårlige møter, og at de flere ganger har skadet seg umiddelbart etter et dårlig møte. Dette kan ende med at de får nye skader som de ikke oppsøker hjelp for å få sydd, noe som øker faren for infeksjon, at sårene gror dårlig og skaper større arr. Det å forhindre sår fra å gro er en form for selvskading som trekkes frem av enkelte informanter som noe de kunne gjøre etter dårlige møter. «Jeg dro hjem og drakk» svarer Anna, når hun blir spurt om hvordan resten av dagen ble, etter at hun hadde blitt sydd uten bedøvelse på legevakt. Maren og Randi har lignende erfaringer.

Det møtet [sydd uten bedøvelse på legevakt] resulterte jo i at jeg skadet meg veldig fort etterpå, igjen. (...) Jeg tror jeg allerede begynte på turen hjem, med å, bare klype meg selv og kjenne på noe vondt og bare et eller annet. (Randi)

Det kommer ikke frem informasjon om at dårlige møter har hatt positiv innvirkning på selvskadingen, eller hjulpet informantene med å la være å skade seg eller å slutte å skade seg. Som nevnt har det heller en eskalerende effekt. Trusler om utskrivelse etter selvskading bidro til dårlige møter, og klarte ikke å forhindre ny selvskading. Det å få påminnelser om dårlige møter, også lang tid etter, kan være en trigger for selvskading, forklarer Silje.

Det har vel vært i alle fall den perioden som jeg nevnte, og egentlig kanskje store deler av [årstall] så var det, var det [møtene der] den sterkeste triggeren jeg hadde på selvskading, og det er det fortsatt. Altså det er sånn trigger, ehm, det som har skjedd på [navn på behandlingssted], møtet med de der, hva de har sagt. Hvis jeg plutselig kommer på det, eller kommer over det hvis jeg leser noe skriftlig eller et eller annet som minner meg på det, eh, så kan det det trigge til selvskading. (Silje)

Det kommer frem at tanker om at en fortjener å skade seg og/eller at en ikke fortjener hjelp, kan forsterkes av dårlige møter med helsepersonell. De vonde opplevelsene i møtene kan dermed føre til en følelsesmessig legitimering av selvskadingen. Når helsepersonell bagatelliserer problemene informantene har med selvskading, kan det også føre til at informantene selv bagatelliserer sine problemer og skader seg mer alvorlig.

Selv om et klart flertall av informantene har dårlige opplevelser i møte med helsepersonell, viser de forståelse for at møtene også oppleves vanskelig for dem som skal hjelpe. Informantene er opptatt av at det er lite kunnskap om selvskading i samfunnet generelt, og opplever at helsepersonell også ofte har begrenset kunnskap om dette.

Så det er nok den kunnskapen som det er mest mangel på, fordi at folk blir redde når de ser det, og tenker at 'åh gud, det er kutting, (...), vi må hjelpe', og så er det kanskje ikke noe de egentlig kan... bare være der for personen. Så det er nok mangel på kunnskap som egentlig er, ligger i grunnen da, og fordømmer rundt det, som nok er mye av problemet tror jeg, når folk møter folk som har gjort det. (Helene)

Jeg tror generelt ikke at, at vonde opplevelser hos legevakt handler om at de er slemme. Jeg tror det handler om at det er så mye uvitenhet, og at det er så uforståelig, at det er vanskelig å vite hvordan man skal gripe det an. (Maren)

Som det kommer frem i sitatene ovenfor ser informantene negative holdningsuttrykk og vanskelige møter i lys av lite kunnskap blant helsepersonell. Flere trekker frem at de ikke klandrer enkeltpersoner for å mangle kunnskap, men opplever at dette er et problem på et mer overordnet nivå. At helsepersonell skulle visst mer om selvskading er noe samtlige av informantene trakk frem i intervjuene.

### **Gode møter – kjennetegn og betydning**

En viktig problemstilling i denne studien var hva som kjennetegner de gode møtene og hva som var viktig for at behandlingen skulle oppleves god. Kjennetegn på gode møter består av tema som både kom frem av informantenes egne beskrivelser av gode møter de har hatt med ulike hjelpere, og i råd de hadde til helsepersonell som møter selvskading. Det ble gjennom intervjuene tydelig at de fleste av disse rådene også var basert på egne opplevelser med å møte helsepersonell. Temaene som inneholder kjennetegn på gode møter er: *Ønske om å hjelpe, Aksept og profesjonell ro, og Interesse og ærlighet om manglende kunnskap*. Disse vil beskrives nærmere nedenfor. Deretter vil betydningen av de gode møtene være i fokus, med temaene *Reduserer skam og styrker følelsen av å være verdt noe, og De gode møtene som vendepunkt*.

**Ønske om å hjelpe.** Informantene beskriver flere situasjoner der det kom tydelig frem at helsepersonell hadde et genuint ønske om å hjelpe dem, enten gjennom kroppsspråk, kommentarer, emosjonell påvirkning eller væremåte. Hovedbudskapet som ble formidlet av helsepersonell i de gode møtene var at de syntes det var synd at vedkommende hadde gjort dette mot seg selv, men at de skulle hjelpe med å fikse skaden og/eller å være en støtte eller samtalepartner. Slik formidlet de omsorg, som gjorde at informantene følte seg sett og ivarettatt i møtet.

Sånn på legevakta og, så var det jo, jeg var jo der flere ganger, og til slutt så kjente jeg igjen sykepleierne der og. Og det var jo noen som... ja, liksom, ja, 'synd at du er her igjen, men vi fikser det her', og liksom 'hvordan går det ellers' og. Ja. (Anna)

Og så var det en sykepleier der, og da, på legevakta også, som... jeg var ganske urolig og hadde veldig vondt og det var ganske mye som skulle sys og... så tok hun tak i hånda mi og så sa hun... «Jeg skal holde deg i hånda når du får bedøvelse nå. Klem hånda mi. Du er ikke alene nå, nå er vi her». Og det også på en liten ting som bare det at noen bare tok og holdt meg i hånda... og... ikke lot meg sitte der helt alene, det var også en ting som jeg, da følte jeg veldig på den, holdt på å si en slags omsorg. Som... jeg på et vis kanskje trengte. Det er ikke det med at man ønsker ikke å få oppmerksomhet og den der biten der kan man bare legge død med en gang, men, men man trenger det jo. Når man har gjort en sånn skade med seg selv, så er jo det fordi noe er galt. Man har det ikke bra, og da trenger man at noen bryr seg litt. (Maren)

Et ønske om å hjelpe kan også uttrykkes gjennom å si ordentlig, gjøre det så pent man kan for at det skal gro og bli så lite arr som mulig. Det å spørre om pasienten går i psykologisk behandling eller ønsker å snakke om det som har skjedd med den aktuelle hjelperen eller andre, blir trukket frem som positivt av samtlige informanter.

Det kommer frem ulike opplevelser knyttet til hvordan det kan være å bli møtt ved selvskading under psykiatrisk innleggelse, og at et godt møte kan være når noen faktisk tilbyr hjelp til å stoppe, i stedet for å lukke døra og la en fortsette å skade seg. Flere informanter nevner betydningen av at hjelperen vil dem godt, vil de skal få det bedre, og at de er opptatt av hvordan de kan hjelpe dem best mulig.

Når en pasient søker hjelp for selvskading, enten under innleggelse eller på legevakt, kan det være hun eller han møter flere enn én hjelper, og flere informanter beskriver hvordan de kan ha et godt møte med noen, og et dårlig møte med andre knyttet til samme hendelse. En informant beskriver blant annet hvordan det betyr mye å få støtte av en sykepleier som er til stede når en lege syr sårene hennes uten bedøvelse.

Når alt var ferdig, så sa hun unnskyld og ga meg en klem, og ble med meg tilbake til der jeg var innlagt, og hun sa at 'okei jeg skjønner at det her var en veldig dårlig opplevelse for deg, det her var ikke greit', og at hun skulle gå videre med det, at han [legen] ikke kunne oppføre seg sånn. Og hun var veldig, jeg så det på hele hun synes ikke det her var noe... eh, greit å være en del av, på et vis, synes ikke noe om det. (Randi)

**Aksept og profesjonell ro.** Dette temaet handler om at helsepersonell viser aksept for at pasienten har skadet seg, selv om det kan være frustrerende eller trist å oppleve eller måtte forholde seg til det. Aksept og profesjonell ro henger tett sammen, og flere av informantene setter pris på å få vennlig aksept og hjelp, uten at det skal være noe oppstyr rundt situasjonen. For de fleste av informantene oppleves ikke det å skade seg som noe dramatisk, men noe de trenger å gjøre og ofte er ferdige med når de kommer til legevakt, og da kan det oppleves ubehagelig om helsepersonell skaper noe de oppfatter som unødvendig dramatik i situasjonen.

Men de så det da, og de var veldig, eh de hadde, de føler jeg at hadde en veldig hva skal jeg si, profesjonell og veldig god tilnærming til det, for det var på en måte ikke noe, ikke noe, ja hva skal jeg si, kun vennlig aksept. De spør og det er greit, det er ikke noe fordommer. Bare sånn, «sånn har skjedd og det er greit» (...) der var det mer sånn «det er greit og vi skjønner at du har det vondt» liksom. (Silje)

Bli tatt på alvor, men ikke lage en... så mye oppstyr rundt det da. Men bare liksom... ja være helt vanlig rett og slett, høflig og omsorgsfull, eh, gjør den jobben som skal gjøres. (Louise)

Når informantene nylig har selvskadet og oppsøker hjelp, er det en sårbar situasjon der de ofte er emosjonelt aktiverte selv, og nervøs for møtet med helsepersonell basert på tidligere negative erfaringer. Da kan det være virkningsfullt å møte helsepersonell som klarer å roe ned situasjonen, og bryte med forventningene og frykten om å bli dårlig behandlet eller at det kan bli mye oppstyr.

Så kanskje noe med det å senke dramatikken rundt det tror jeg ville hjulpet mange, at det ikke er liksom sånn 'nå må vi ringe til psykiatrisk akuttavdeling og legge deg inn' på en måte, fordi det er ikke så, ja, at man tar det litt rolig da, når man ser og tenker at 'det der, det der er greit' liksom. (Helene)

Aksept handler i stor grad om å respektere at det å eventuelt slutte med selvskading er en personlig prosess som vedkommende kanskje står midt i, som en som helsepersonell som møter personen en eller to ganger på legevakta kanskje kan påvirke i liten grad. Å oppleve at den som skal hjelpe ikke blir skuffet, sint, redd eller frustrert, men klarer å godta at slik er det akkurat nå, kan kjennes godt for pasienten. Det trekkes også frem at det at helsepersonell klarer å reagere roligere enn pårørende når en har skadet seg, kan gi en god opplevelse.



Det å vise aksept for at pasienten har skadet seg, handler også om å ta selvskadingsproblematikken på alvor. Livet er ikke enkelt, og det er ikke sikkert vedkommende har andre mestringsstrategier som fungerer når ting er vanskelig. Ved å akseptere, viser man også forståelse og respekt for at det er komplekst, til tross for at man som helsepersonell kanskje ikke forstår selv hva som ligger bak selvskading.

Men hun forstod det, eller ja... Hun forstod at det var noe, som reaksjon på noe da. Ikke at jeg var slem eller tenkte bare på meg selv eller hva enn det var. Jeg tror det viktigste er å liksom møte med litt mer åpent sinn da. (...) For det er liksom, jeg tror det er like mange grunner som folk som gjør det.

(Caroline)

Jeg husker det var en turnuslege (...) som kom inn, og han, det første han sa var «De sårene der, de syr jeg lett, det er ingen problem. Men å hjelpe deg, det blir vanskeligere». Og det... det her er mange, mange år siden nå, men jeg husker det så godt. Fordi jeg følte meg så sett. For når han sa det, at jeg kan sy sårene dine, men å hjelpe deg, det kan jeg ikke gjøre her og nå... så viste han det at 'jeg skjønner at det her med selvskading er komplisert og at du har det vanskelig inni deg, og at det er derfor du gjør det. Ergo så er det ikke bare for meg å sette meg ned nå og så når sårene dine er sydd så er alt i orden. For sånn funker det ikke.' Og jeg tror aldri jeg i denne sammenhengen har følt meg mer sett enn akkurat da. For han hadde så rett. (Maren)

**Interessert og ærlig om manglende kunnskap.** Interesse er noe alle informantene har snakket om i ulike former. Interesse handler blant annet om at helsepersonell har et åpent sinn i møte med pasienter, også den selvskadende pasienten. Informantene har mange opplevelser og tanker om at helsepersonell ofte har fordommer om at en skader seg for å få oppmerksomhet. Det opplever derfor godt når de kjenner at dette ikke preger møtet, og at den som skal hjelpe viser interesse for hva som har gjort at de har skadet seg, hva de har behov for, eller lignende.

Alle informantene er enige i at det er viktig og bra at helsepersonell spør om de vil snakke om årsaken til at de skadet seg, eller spør om det er noe spesielt som har skjedd. Flere trekker frem at de kan spørre pasientene hva vedkommende har behov for, hva hen trenger akkurat der og da. Flertallet av informantene sier at det er jo ikke sikkert en vil snakke om det vanskelige, men det er fint å få muligheten. Anna synes det kunne vært mer fokus på hva som hadde ført til at hun skadet seg på mer generelt grunnlag, og opplevde det godt når noen til slutt tok tak i det.

Eh, man kan jo på en måte si at 'er det noe du vil prate om', ehm, 'hva er det her for noe, ønsker du å si noe om det' eller bare på en måte, jeg vet ikke, bare spørre. Det verste man kan gjøre er at jeg vil ikke snakke om det liksom. Da tenker jeg at da må man bare forstå at da er det kanskje nok da. (Helene)

Flere informanter trekker frem at det gir trygghet når helsepersonell er åpen for dialog med dem om hva som blir best behandling, og at det å vise interesse og åpenhet kan kompensere for manglende kunnskap. Det at helsepersonell kan være ærlig om at de blir usikre, opplever å ikke vite hvordan de skal håndtere situasjonen, eller ikke forstår selvskading, er noe flere informanter uttrykker aksept og respekt for i intervjuene. Samtlige informanter har inntrykk av at helsepersonell generelt har lite kunnskap om selvskading og opplever dette som et problem, men som Randi sier i sitatet under, det er ikke bare kunnskap som er viktig. Det er bedre å være åpen og interessert i hvordan en best mulig kan hjelpe den en har foran seg, enn å late som at man forstår eller kan når det ikke er tilfellet.

Jeg synes ikke det er noe forskjell på i forhold til hvilken utdanning du har. Det er bare hva slags menneske du er. (...) Vær så usikker du vil, bare vær grei! (...) Trenger ikke kunne noe for min del, bare du er grei (ler). (Randi)

Vær nysgjerrig, hvis du er nysgjerrig. Ikke lat som at du kan noe du ikke kan. (...) Men vis interesse, og si, si gjerne at du ikke forstår. Det er helt okei, (...) det forstår vi. Fordi at det er, forstår, vi forstår ikke alt i selvskadingen selv engang. (...) Det er ikke så mye som skal til. Det er... det er... å være et medmenneske, sette seg ned og tenke 'hvordan ville jeg at min egen bror eller søster skulle blitt møtt, hvordan ville jeg blitt møtt selv'. (Maren)

### **Betydningen av gode møter**

Det kommer frem at gode møter har stor betydning, både for hvordan informantene har det under og etter et møte, for tanker om og kontakt med helsevesenet, og for selve selvskadingsatferden. Flere av informantene nevner, på eget initiativ, at selv om de kunne få noe godt ut av møter med helsepersonell, følte det ikke belønnende på en måte som fikk dem til å skade seg mer for å få nye gode møter. Informantene har ikke nødvendigvis spesifisert hva det er med det gode møtet som har hatt størst betydning for dem, men i de tilfellene de har gjort det vil det komme frem av eksemplene.

**Reduserer skam og styrker følelse av å være verdt noe.** Informantene beskriver tydelig hvordan gode møter med helsepersonell har hatt emosjonell og kognitiv betydning for dem. Det trekkes blant annet frem hvor viktig det er at møtet har en personlig, emosjonell betydning, at det ikke bare har betydning for selvskadingen. Det betyr altså mye å bli møtt på en god måte, og det kan i stor grad påvirke hvordan den som skader seg føler seg, og hva hen tenker om seg selv og andre mennesker.

Skam er en følelse flertallet av informantene trekker frem knyttet til selvskading, og en del har opplevd at skammen har blitt mindre i eller etter et godt møte med helsepersonell.

Noen informanter beskriver også mindre selvhat etter gode møter, og det som særlig kommer frem er en ny eller styrket følelse av å ha verdi. Det kan handle om å være verdig tiden, være et likeverdig menneske eller å være verdig å få hjelp. Flere informanter sier de kunne føle seg bedre etter et godt møte, og at det var godt å få følelsen av at de var noe mer enn en selvskader. Randi trekker frem hvordan det å føle seg verdig psykiatriske innleggelse etter de gode legevaktsmøtene også gjorde at hun klarte å nyttiggjøre seg innleggelsene på en bedre måte.

Jeg kjente vel på en sånn gjen-, på en sånn slags respekt da. At jeg ble møtt... som et medmenneske, som noen som også, som et menneske med følelser, som... et menneske med verdi. Det er veldig lett å føle seg verdiløs og mislykka og alt det der, men... i de møtene der jeg har blitt behandla med respekt, så har jeg følt at, at jeg hadde en form for verdi. (Maren)

Flere informanter nevner også hvordan aksept og profesjonell ro kan smitte over fra helsepersonell til pasient, ved at de føler seg roligere og mindre aktivert, og klarer å vise større aksept for seg selv gjennom å oppleve aksept fra hjelperen. Det å oppleve gode møter med helsepersonell en kjenner, kan gjøre pasienten mer trygg på at denne personen vil respondere på selvskadingen på en hensiktsmessig måte, og kan være viktig for et behandlingsforløp. Caroline beskriver for eksempel at hun klarte å stå i situasjonen uten å distansere seg, når hun opplevde den som sydde sårene hennes som trygg.

Men sånn som når de nå sist var veldig, eller da de var veldig rolige, så blir jeg også rolig, og da kjenner jeg på det da, at de er kanskje ikke så skumle allikevel. Verden er kanskje ikke ille, kanskje det er håp for menneskeheten, pluss altså sånn, hva skal jeg si, det henger, det påvirker verdensbildet? På en måte. Og det påvirker situasjonen der og da, fordi da blir jeg roet ned igjen. (Silje)

**De gode møtene som vendepunkt.** Alle informantene som har relevante erfaringer forteller at de gode møtene kan føre til at selvskadingen stopper der, at de ikke fortsetter å skade seg senere samme dag eller lignende. Slik de ser det kan gode møter altså hindre fremtidig selvskading som ville skjedd i mangel av et godt møte eller ved et dårlig møte. Flere av informantene beskriver hvordan det kunne ta lang tid etter et godt møte før de skadet seg igjen, og at de skadet seg generelt mindre i ettertid. Det gode møtet kunne altså redusere selve behovet for å skade seg, eller kunne øke motivasjonen og styrken til å stå imot trangen til å skade seg.

Han gjorde den beste jobben han kunne gjøre, og at han ønsket meg godt etterpå. Det var lenge til jeg skadet meg neste gang som regel med sånne møter. (Randi)

Etter å ha opplevd et godt møte der sårene har blitt sydd på en ordentlig måte, der helsepersonell har brukt tid på å få det til å bli fint, beskriver flere av informantene at de har klart å la stingene være i fred så såret fikk gro. En kan dermed si at også slike møter og handlinger har hindret selvsykdom, og ført til mindre og/eller penere arr. Det poengteres at hvordan arrene etter selvsykdom ser ut betyr ikke nødvendigvis noe for informanten der og da, men kan komme til å bety mye senere i livet.

Det er rart å si det, men når det liksom ble gjort ordentlig, og jeg ble behandlet som... hvilken som helst andre som ikke har det bra, eller som bare er på legevakta av annen grunn, så så jeg på en måte den jobben de hadde gjort i å hjelpe meg, og da lot jeg det være, og lot det gro, og lot det bare... ødela [ikke], var ikke borti det i det hele tatt. (Randi)

Noe som trekkes frem av flere av informantene som en positiv virkning av gode møter er at de i større grad klarte å ta kontakt med noen, både i stedet for å skade seg, og etter at de hadde skadet seg. Dette var ofte en effekt av flere gode møter, og det er naturlig å tenke at dette handler om at de har fått større tro på at noen bryr seg og vil hjelpe dem når de tar kontakt. En informant sa at hun klarte å si fra til noen i stedet for å skade seg oftere og oftere, før hun til slutt klarte å slutte med selvsykdom. To andre informanter forteller også at de klarte å slutte, der den ene opplevde at det at en hjelper som kjente henne trodde på at hun kunne klare det, bidro sterkt til at hun klarte å slutte når hun gjorde.

Det var når jeg var på den avdelinga, og så hadde jeg skadet meg og så sier hun kontakten min (...) «hvorfor gjør du det her?». Og så sa jeg «vet ikke, jeg skal slutte» sa jeg. Og så sa hun «vet du hva, jeg tror på deg». Det var den tilliten jeg fikk bygd opp (...), der jeg faktisk kom til et punkt 'nå sier jeg i fra', og så sa jeg i fra 10 % av gangene, så bare økte det og økte det helt til jeg slutta liksom. (Anna)

Så vi ble på en måte litt mer nærmere sånn sett. Og det og kunne hjelpe da, for da hadde jeg jo en større forpliktelse, ikke bare for meg selv, men at jeg kunne tenke at jeg forpliktet meg litt ovenfor henne og, og at det ble en litt sånn drivkraft, eller en motivasjon da, til å ringe og til å slutte å skade meg og sånn. Jeg hadde ikke noe tro eller håp på at ting skulle endre seg, men etter hvert som jeg ble kjent med henne, så fikk jeg på en måte litt mer troa. Og som bare ble større og større. (Louise)

### **Oppsummering av resultater**

Oppsummert sett ser en at et godt møte er et møte der informantene opplever at den de møter ønsker å hjelpe, og at de hjelper så godt de kan med det å ordne sårene, samtidig som de viser interesse for hvordan de har det, hvorfor de har skadet seg, og er ydmyke og ærlig om eventuell mangel på kunnskap. Det informantene opplever er et godt møte er også preget av at helsepersonell viser aksept, forholder seg rolig, ikke lager stort oppstyr rundt det som har skjedd. Et møte med et opplevd ønske om å hjelpe, aksept, ro, interesse og ydmykhet gjør at

informantene føler seg sett og tatt på alvor. Selv om informantene er individer med ulike behov og erfaringer, er de langt på vei enig om hva som kjennetegner et godt møte.

Det som oppleves som dårlige møter mangler flere av de nevnte faktorene som et godt møte inneholder, i tillegg til at møtet preges av opplevelsen av å bli behandlet på en uverdigg måte gjennom å bli foraktet og straffet. Dette kan være gjennom at helsepersonell er sinte eller ikke ønsker å forholde seg til det som har skjedd, eller ved at den som har skadet seg ikke får bedøvelse når sår må sys. Et dårlig møte kan også være preget av manglende forståelse i form av å møte fordommer og negative holdninger mot «selvskadere», som handler om at en skader seg som en strategi for å få oppmerksomhet. Informantene har mange lignende erfaringer med og tanker om dårlige møter, der de som ikke selv har opplevd å bli kjeftet på eller å ikke få bedøvelse, visste godt om andre som hadde opplevd dette.

Både det som er kategorisert som gode og dårlige møter har stor betydning for og innvirkning på dem som har skadet seg. Møtene har betydning for hvordan informantene tenker og føler seg under og i etterkant av møtene, hvorvidt de klarer å ta kontakt med helsepersonell ved selvskadingstrang eller i etterkant av selvskading, og har betydning for selvskadingsatferden i seg selv. Ved et dårlig møte kan den som har skadet seg få mer intense negative eller selvdestruktive tanker og følelser som skam og følelse av å være verdiløs, som kan øke sjansen for selvskading. Opplevelsen av å bli møtt på en dårlig måte gjør at det er vanskeligere å ta kontakt med noen som kan hjelpe, blant annet fordi en mangler tillit til at noen bryr seg eller er redd for å oppleve et nytt dårlig møte. Dette kan igjen øke sjansen for at en faktisk skader seg, eller for at en ikke oppsøker hjelp etter en skade. Det motsatte kan en se ved gode møter, ved at vonde følelser som skam og følelse av verdiløshet dempes, møtene kan øke tilliten til helsevesenet og gjøre det enklere å ta kontakt med noen for å få hjelp, noe som kan bidra til å redusere selvskadingstrang og selvskading.



## Diskusjon

Selvskading forekommer hos 10-20 % av ungdom og unge voksne (Hawton et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2011; Ross & Heath, 2002), og ansees som et økende problem i flere vestlige land (Hartberg & Hegna, 2014; Hawton et al., 2012; Øverland, 2006). Noen studier har undersøkt selvskadende pasienters egne opplevelser av møter med helsepersonell (f.eks. Hunter et al., 2013; Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2016; Taylor et al., 2009), men det trengs mer kunnskap om hva som er viktige for pasienter i slike møter, og hva møtene kan bidra til. Målsetningen med studien var å få økt innsikt i pasientenes opplevelse av møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading, hva som kjennetegnet gode og dårlige møter, og hvorvidt disse møtene kunne ha konsekvenser for selvskadingsatferd.

Det informantene opplevde som gode møter kjennetegnes av et ønske om å hjelpe, aksept og profesjonell ro, og helsepersonell som er interessert og er ærlig om manglende kunnskap. Dårlige møter kjennetegnes på sin side av en opplevelse av å bli uverdigg behandlet gjennom forakt og straff, og fordømmer om at selvskading sees på som en valgt strategi for å få oppmerksomhet. Det kommer også tydelig frem at gode og dårlige møter kan påvirke hvordan informantene føler seg i og etter et slikt møte, som igjen kan påvirke evnen til å oppsøke hjelp ved en senere anledning, og selvskadingsatferden i seg selv. Et godt møte fører til mindre skam og selvforakt, og senker pasientens behov for å skade seg selv, men det øker også troen på at noen vil en vel. Dermed kan det bli enklere å ta kontakt med helsepersonell i fremtidige situasjoner der en har selvskadingstrang eller har skadet seg. Slik kan gode enkeltmøter gi håp og hjelp på veien til å slutte med selvskading, men også styrke til å oppsøke hjelp når dette er nødvendig, i stedet for å bli sittende alene med sår som burde vært sydd. Et dårlig møte kan øke pasientens følelse av skam og opplevelse av verdiløshet, og kan både øke pasientens behov for å skade seg selv, og senke motstandskraften til å klare å la være. Å bli behandlet dårlig av helsepersonell kan også legitimere pasientens dårlige behandling av seg selv. Det som blir opplevd som dårlige møter kan svekke tilliten og skape en barriere til helsevesenet, noe som kan gjøre det vanskeligere for pasienten å ta kontakt med helsepersonell i fremtiden, både ved selvskadingstrang og etter selvskading.

Resultatene i denne studien stemmer i stor grad overens med tidligere funn på selvskadende pasienters oppfatninger av møter med helsepersonell og forhold rundt dette. Dette gjelder blant annet frykten for å få negative reaksjoner eller bli sett på som oppmerksomhetssøkende som en barriere for å oppsøke hjelp (Owens et al., 2016; Rowe et

al., 2014). Informantenes erfaringer med innleggelser i psykiatriske avdelinger samsvarer med studiene til Rovik (2013) og Lindgren og kollegaer (2004), som fant at personale som er fysisk eller emosjonelt utilgjengelig kan øke følelser av ensomhet og håpløshet og forsterke pasientenes utfordringer med selvskading. Samtidig kan det å bli sett og forstått fremme håp og bedring (Lindgren et al., 2004). Flere studier beskriver møter der selvskadende pasienter opplever å bli forstått og hjulpet på en hensiktsmessig måte, og møter der de opplever vanskelig kommunikasjon, å bli ignorert eller straffet, og det er funnet lignende konsekvenser som i denne studien (f.eks. Hunter et al., 2013; Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2016).

Temaene som ble identifisert i denne studien samsvarer blant annet godt med funnene til Owens og kollegaer (2016), som gjennomførte en kvalitativ studie med et betydelig større antall informanter. Dette kan være et tegn på at vi med denne studien har lyktes i å få frem viktige opplevelser som deles av andre selvskadende pasienter i andre land. Disse opplevelsene innebærer at hjelpesøkningsatferd påvirkes av både egne og andres dårlige opplevelser, og at følelse av skam og mindreverdigheit ofte er til stede når en oppsøker hjelp, og blir forsterket etter møter der en opplever å ha blitt straffet (Owens et al., 2016; Wadman et al., 2018). Slike møter og forsterkede negative følelser kan bidra til at en unngår kontakt med hjelpeapparatet, og at selvskadingen fortsetter og øker i omfang (Owens et al., 2016). Samtidig kan møter der den selvskadende pasienten opplever å ha mottatt god, ikke-diskriminerende behandling utfordre de negative oppfatningene og følelsene pasienten har overfor seg selv, gjøre det enklere å oppsøke hjelp og føre til mindre selvskading (Hume & Platt, 2006; Hunter et al., 2013; Owens et al., 2016).

Pasienter som kommer til legevakt trenger at helsepersonell tar dem på alvor og ikke bagatelliserer symptomene deres (Olsson & Hansagi, 2001). Det informantene formidler kan tolkes som at de trenger en mellomting mellom at helsepersonell ikke tar problematikken på alvor, og at de behandler det som om det er noe veldig stort og alvorlig. En slik mellomting eller balansert tilnærming vil trolig også være ønskelig hos andre pasientgrupper med andre utfordringer. Informantene er også opptatt av at de opplever at helsepersonell generelt har for lite kunnskap om selvskading. Samtidig som en del av opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor, for mye dramatik og opplevelse av manglende kunnskap kan være delt med flere andre pasientgrupper, er trolig selvskading noe av det som vekker flest og sterkeste reaksjoner og motstand hos helsepersonell (Ross & Goldner, 2009). Selvskadende pasienter opplever ofte å bli møtt på en dårlig måte (McHale & Felton, 2010; Mehlum & Hoseth, 2009; Taylor et al., 2009), og funnene fra denne studien gir både et inntrykk av at det skjer en del tilfeller av



uverdigg behandling av denne pasientgruppen også i Norge. Disse opplevelsene virker i stor grad å kunne ha betydning for pasientenes sykdomsforløp og tilfriskning.

### **Betydningen av korrigerende emosjonell erfaring**

Betydningen av å møte helsepersonell som på en eller annen måte klarer å formidle at de har et ønske om å hjelpe er et sentralt funn i denne studien. Opplevelsen av at helsepersonell har et ønske om å hjelpe står i kontrast til mange tidligere, dårlige opplevelser for informantene, noe som også trekkes frem i Hunter et al. (2013) og Rovik (2013). Flertallet av informantene har ofte opplevd at den som skal hjelpe uttrykker likegyldighet eller forakt, der de som pasienter ikke får inntrykk av at han eller hun er opptatt av deres beste. Et ønske om å hjelpe handler dermed ikke bare om omsorg eller å ville pasientens beste, men at pasienten får en korrigerende emosjonell erfaring i møte med helsepersonell. Dette virker å kunne gi viktig læring for informantene: «ikke alle er fæle, noen bryr seg faktisk om hvordan jeg har det, noen ønsker å hjelpe». Slike erfaringer kan bety mye på veien mot et liv der selvskadingen etter hvert tar mindre eller ingen plass, noe som blant annet vises i betydningen gode møter kan ha. Korrigerende emosjonelle erfaringer blir også vektlagt som nyttig i arbeid med selvskadende ungdom av Øverland (2006), og kan bidra til at pasienten forholder seg med større åpenhet til andre følelsesmessige konflikter (s. 109).

Det å bli utsatt for stigma trenger ikke nødvendigvis å ramme psykisk syke pasienters oppfatning av seg selv, med mindre de er enige i den stigmatiserende oppfatningen (Camp, Finlay & Lyons, 2002). Informantene i denne studien beskriver imidlertid mye selvforakt og følelse av å ikke være verdt noe i forkant av møter med helsevesenet, og opplever at stigma og fordommer hos helsepersonell preger møtene, noe som fører til at de føler seg enda mindre verdt. Slike følelser kan være noe av drivkraften bak selvskading, eller kan gjøre det vanskeligere å stå imot selvskadingstrang eller å ta vare på seg selv på en god måte (Holm & Severinsson, 2010; Øverland, 2006). Resultatene fra denne studien viser at møter med helsepersonell kan ha betydning for fremtidig selvskadingsatferd, trolig gjennom å blant annet påvirke pasientens nivå av emosjonell aktivering, pasientens følelse av å være verdt noe og tilstedeværende eller manglende tillit til helsepersonell. Om pasientene opplever at de er verdt noe, er det enklere å spørre andre om hjelp når de trenger det, både når de opplever at det er fare for at de kan komme til å skade seg eller allerede har gjort det (Hunter et al., 2013). Det samme ser ut til å gjelde andre veien: om pasienten føler seg verdiløs og dårlig behandlet, blir det vanskeligere å la være å skade seg, og å be om hjelp både ved selvskadingstrang og etter selvskading. (Owens et al., 2016; Rovik, 2013). Denne studien indikerer at gode møter kan

gjøre pasienten mer mottakelig for hjelp gjennom å trygge dem på at det finnes helsepersonell som vil dem godt, øke troen på endring, samt å øke følelsen av at de er verdt hjelpen. Dette kan igjen fasilitere behandling for pasientens underliggende problemer.

### **Misforståtte pasienter**

Årsakene eller funksjonene til selvskading kan være flere og sammensatte, men de fleste som sliter med selvskading beskriver et behov for å regulere negative følelser, og at det også kan være en måte å straffe seg selv (Klonsky, 2007). Det er lite som tyder på at det å få oppmerksomhet fra eller manipulere pårørende eller helsepersonell er en sentral årsak til selvskading, men dette kan forekomme hos et mindretall (Klonsky, 2007; Klonsky et al., 2014; Moe & Ribe, 2007). Informantene i denne studien er alle av en klar oppfatning om at helsepersonell lett tolker selvskadingsatferd eller det å søke hjelp etter selvskading som et rop om oppmerksomhet. Selv om funnene her er basert på opplevelsene til et relativt lite antatt informanter, er denne oppfatningen noen man finner tydelig støtte for i flere studier på helsepersonells holdninger til selvskading (f.eks. Hadfield et al., 2009; Koning et al., 2018; Ouzouni & Konstantinos, 2013; Slaven & Kisely, 2002). Det virker å være en avstand mellom de vanligste årsakene til selvskading som blir rapportert av pasienter og vanlige oppfatninger blant helsepersonell. Denne studien styrker en oppfatning om at en slik ulik forståelse av fenomenet eller avstand i perspektiver også er til stede i Norge. Mangel på felles forståelse kan by på utfordringer i møter mellom helsepersonell og pasient, og å bli oppfattet som oppmerksomhetssøkende eller manipulerende kan for pasienten oppleves som en tilleggsbelastning (Moe & Ribe, 2007). Oppfatningen om at atferden er et valg, og noe pasienten har stor kontroll over og kan slutte med når hen ønsker, henger sammen med dette. Dette er en vanlig oppfatning blant helsepersonell og andre (Møhl, 2015; Ross & Goldner, 2009; Thornicroft, 2006), som også kommer frem i analysene i denne studien.

Det hender at noen skader seg for å få oppmerksomhet eller oppnå kontakt med andre (Klonsky, 2011; Stänicke et al., 2018). Selvskading kan sees på som en uhensiktsmessig strategi for å oppnå dette, men det er ikke dermed gitt at pasienten ikke har behov for hjelp etter selvskading, som å få behandlet skader, vurdere selvmordsrisiko og eventuelt videre tiltak. En del av dem som skader seg selv har personlighetsforstyrrelser eller utfordringer i en slik retning, der den mest sentrale i forbindelse med selvskading er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Kåver & Nilsonne, 2002). En del av informantene har en oppfatning av at helsepersonell de møter i forbindelse med selvskading raskt tenker at de har en slik diagnose, selv om dette ikke nødvendigvis stemmer. Det er en utfordring hvis helsepersonell

antar en pasients diagnose ut fra en atferd en vet kan være knyttet til en rekke ulike typer psykiske vansker og livssituasjoner (Butler, 2016; Mehlum & Holseth, 2009; Ystgaard, 2003; Øverland, 2006). Uavhengig av om en slik antakelse skulle være riktig eller uriktig, fortjener pasienten å bli behandlet med verdighet, respekt og den hjelpen hen trenger.

### **Årsaker til utfordrende møter**

Helsepersonells perspektiv er beskrevet i en rekke studier (f.eks. Hadfield et al., 2009; Koning et al., 2018; Ouzouni & Konstantinos, 2013; Slaven & Kisely, 2002). Helsepersonell beskriver møter med selvskadende pasienter som vanskelige, har ofte manglende kunnskap om selvskading og negative holdninger eller misoppfatninger knyttet til dette (Jørstad, 1999; Koning et al., 2018; McHale & Felton, 2010; Slaven & Kisely, 2002). Med utgangspunkt i denne studien fra pasientenes perspektiv kan en anta at helsepersonell i Norge opplever mange av de samme utfordringene og har en del av de samme holdningene som blir rapportert fra andre land og forskningsfeltet for øvrig. Denne studien kan ikke si noe om hva som var helsepersonells tolkning og opplevelse av de ulike situasjonene, hva slags holdninger de faktisk hadde, eller hva som var årsaken(e) til at de handlet på en spesifikk måte. Helsepersonells atferd beskrives slik informantene forstår, husker og velger å legge den frem. Ut fra oppfatningen av atferd, gjør informantene seg noen tanker om hva slags følelser, fordommer eller holdninger den aktuelle hjelperen må ha hatt, og det vil man også kunne gjøre som leser av de ulike sitatene med situasjonsbeskrivelser.

Tidligere studier har antydnet at årsakene til at helsepersonell har negative holdninger til selvskadende pasienter i stor grad er relatert til manglende kunnskap om selvskading (McHale & Felton, 2010; Shaw & Sandy, 2016). Samtidig vet en at det å møte selvskadende pasienter ofte er svært utfordrende for helsepersonell, også for de som har lang erfaring med slike møter (Notø et al., 2005; Øverland, 2006). Det oppstår ofte ulike vanskelige reaksjoner i den profesjonelle hjelperen, som kan påvirke hvordan hen ser på pasienten og hvordan møtene blir (Moe & Ribe, 2007, s. 169). Manglende kunnskap om selvskading kan gjøre at helsepersonell ikke klarer å håndtere egne følelser og reaksjoner, og at møtene blir vanskelige både for den som skal hjelpe og for den som trenger hjelp.

Pasienter som oppsøker helsevesenet med selvpåførte skader gjentatte ganger kan ofte skape mye frustrasjon hos helsepersonell, særlig i krevende og pressede arbeidshverdager på legevakt og akuttmottak (Egan et al., 2012). Slike gjentatte henvendelser kan skape en opplevelse av å være inkompetent hos helsepersonell som forsøker å hjelpe, og kan gjøre dem

mindre villige til å hjelpe disse pasientene (McHale & Felton, 2010). Det kommer frem i denne studien at informanter som ofte var på legevakt opplevde å få dårligere hjelp enn andre, fordi de likevel kom til å komme tilbake med nye skader. Bagatellisering av selvskadingen kom også frem som en utfordring. Det kan være mange og sammensatte årsaker til at helsepersonell bagatelliserer pasientens problemer med selvskading, men dette kan blant annet forstås som en måte å beskytte seg selv mot en følelse av maktesløshet (Hadfield et al., 2009). Møter som blir preget av at helsepersonell ignorerer pasienten, ikke ønsket å undersøke sår eller lignende, trenger ikke nødvendigvis å handle om følelsesmessige reaksjoner hos den som skal hjelpe. Det kan også være et forsøk på en bevisst intervensjon som har som mål å ikke forsterke selvskadingsatferden, eller det kan være en blanding av vanskelige følelser og gode intensjoner.

Hvordan pasienter som sliter med selvskading blir behandlet av helsepersonell kan også handle om hva slags årsak helsepersonell attribuerer til lidelsene pasientene har eller atferden de viser. Hvis psykiske helseproblemer attribueres til faktorer utenfor ens egen kontroll, får ofte pasienten mer sympati og forståelse enn hvis problemene attribueres til karaktersvakhet, at det er et valg pasienten tar med vilje eller lignende (Thornicroft, 2006). Den sistnevnte forståelsen av årsakssammenhenger ser ut til å være sentral hos helsepersonell som møter pasienter som selvskader (Ross & Goldner, 2009).

De emosjonelle reguleringsvanskene en ofte ser hos mennesker som selvskader, kan forstås i en biososial forklaringsmodell der både en medfødt følelsesmessig sårbarhet og en oppvekst i et ikke-validerende miljø påvirker hverandre (Kåver & Nilsonne, 2004; Linehan, 2004; Mehlum & Holseth, 2009). Smertefulle følelser og vansker med å regulere dem kan skape utfordringer i relasjoner i voksenalder, og sammen med tidligere erfaringer kan dette gjøre en sårbar for avvísning eller manglende validering i møte med helsepersonell. Mye tyder på at selvskadende pasienter ofte blir behandlet dårligere enn en del andre pasienter på legevakt, også sammenlignet andre psykiatriske pasienter (Hadfield et al., 2009; Ross & Goldner, 2009). Samtidig strever disse pasientene ofte emosjonelt, noe som kan gjøre dem ekstra sårbare i møte med travle helsepersonell på legevakt eller sykehus.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) tar utgangspunkt i at pasienten opplever dialektiske dilemma, og at også hjelpere (både helsepersonell og pårørende) blir stående i slike dilemma i møte med selvskadende pasienter, der de samme grunndilemmaene er aktuelle. Dette kan for eksempel være aksept versus endring, og omsorg versus autonomi (Brager-Larsen & Toven, 2007; Kåver & Nilsonne, 2002). Et slikt dialektisk dilemma krever at en er i stand til å

forholde seg til kompleksiteten i pasientens problem med selvskading, og balansere ulike, konkurrerende behov hos pasienten. I tillegg må en som helsepersonell håndtere utfordringer knyttet til egen aktivering, samt press på arbeidsoppgaver, andre pasienter som venter og lignende. Dette kan skape vanskelige situasjoner og avveininger, og det er verken hensiktsmessig at en tar fullstendig ansvar for pasientens problemer, eller at en ikke tar ansvar i det hele tatt (Øverland, 2006). Det er heller ikke fordelaktig å kun akseptere at pasienten har skadet seg, uten å forsøke å finne ut hvordan en kan hjelpe pasienten til å få det bedre eller å skade seg mindre, eller å forsøke å få til endring ved å stille krav, uten å vise forståelse (Kåver & Nilsonne, 2002). Et komplekst problem krever komplekse holdninger hos helsepersonell, og samtidige krav til endring og forståelse for at pasienten har det vanskelig er nødvendig. Det største dialektiske dilemmaet for helsepersonell blir ofte nettopp å bekrefte og konfrontere pasienten samtidig, og en viser dialektisk kompetanse ved å se at pasienten trenger begge deler og å klare balansere dette på en god måte (Kåver & Nilsonne, 2002, s. 70, s. 104).

Både informantene i denne studien og i flere tidligere studier konkluderer med at helsepersonell trenger mer kunnskap om selvskading. Samtidig vil det trolig ikke være nok med et kurs om selvskading eller lignende, men bør være kontinuering fokus på hvordan en kan hjelpe pasientgruppen best mulig, og hva møtene gjør med den som skal hjelpe. Dette er noe som blant annet vektlegges i DBT-behandling, der terapeutene hyppig har teammøter med veiledning (Kåver & Nilsonne, 2004). Per i dag er det trolig ikke tid og ressurser til noe lignende i en travel hverdag på legevakt, akuttmottak, intensivavdelinger eller psykiatriske akuttposter. Med utgangspunkt i en del av erfaringene som kommer frem i denne studien, virker det hensiktsmessig å forsøke å legge til rette for at helsepersonell har tid og mulighet til å reflektere over egne reaksjoner og forholde seg til dialektiske dilemma også utenfor poliklinisk behandling. Dette støttes av Walby og Ness (2009) som har gode erfaringer med å gi korte DBT-baserte intervensjoner til selvskadende pasienter som kommer til legevakt, der både validering av pasientens vanskelige situasjon og problemløsning er i fokus. Om pasienten får tilstrekkelig hjelp på legevakt kan dette også hindre innleggelse, som vil være mer kostbare for sykehuset enn at personell på legevakt bruker ekstra tid på pasienten.

Selv om et møte skjer i en relasjon mellom to eller flere personer, har helsepersonell et overordnet ansvar for relasjonen i kraft av sitt mandat. Møtet mellom de(n) profesjonelle og pasienten er en asymmetrisk relasjon som forplikter, og det er viktig å ha i bakhodet at selvskadende pasienter kan være ekstra sårbare. Helsepersonell kan en del ganger møte

selvskadende pasienter på en mindre hensiktsmessig måte, som oppleves vanskelig for pasientene og kan forverre deres emosjonelt sårbare tilstand, svekke tillit til helsevesenet og eskalere selvskadingsatferd. Fra helsepersonells side kan dette skyldes manglende kunnskap (McHale & Felton, 2010; Shaw & Sandy, 2016), negative holdninger (Ross & Goldner, 2009; Slaven & Kisely, 2002), attribusjonsfeil (Thornicroft, 2006), at selvskadingen vekker vanskelige følelser, forsvar eller motoverføringsreaksjoner i den som skal hjelpe (Hadfield et al., 2009; Notø et al., 2005; Øverland, 2006) eller utfordringer med å anerkjenne og balansere dialektiske dilemma som oppstår i møte med pasienten (Kåver & Nilsonne, 2002).

### **Implikasjoner**

Kunnskapen fra denne studien kan bidra til generell opplysning av helsepersonell. Funnene tyder på at den selvskadende pasientens møte(r) med helsepersonell er av stor betydning, og til at helsepersonell kan gjøre en forskjell for dem. Informantene har ingen tydelige krav eller høye forventninger til hvordan helsepersonell bør møte dem, men de har erfaringer med hva som kan bidra til gode møter, og hvilke opplevelser som har vært vanskelige. De formidler at de ønsker å bli møtt på en profesjonell måte, som likeverdige pasienter. Resultatene kan gjøre at helsepersonell blir mer bevisste på hva som kan oppleves som god og dårlig behandling og hva slags konsekvenser dette kan få for pasientene. Studien kan også bidra til økt kunnskap og forståelse for mekanismer i selvskading, og hvordan møter med helsepersonell kan påvirke disse. Denne studien gir ikke inntrykk av at det virker belønnende for pasienten om en som helsepersonell er hyggelig mot den som har skadet seg. Det kommer frem at det å være ærlig om at en mangler kompetanse og er usikker på hvordan en skal håndtere situasjonen, kan oppleves godt for pasienten, og er betydelig bedre enn at usikkerheten fører til avsky, ignorering eller lignende. Mer kunnskap om selvskading generelt og om effektive behandlingsprinsipper i møte med pasienter som sliter med dette, vil kunne gi økt selvtillit, trygghet og mestring i situasjoner der en som helsepersonell skal hjelpe selvskadende pasienter (Egan et al., 2012; McAllister et al., 2009; Timson et al., 2012). Selvskading er en av de største risikofaktorene for selvmord (Hawton et al., 2003), og helsepersonell som gjør gode risikovurderinger og gir god behandling etter selvskading kan dermed være et viktig ledd i selvmordsforebyggende tiltak. (Concannon et al., 2018; Erlangsen et al., 2015).

## Styrker og begrensninger ved studien

**Prosedyre og gjennomføring.** Det er samme person som har gjennomført både intervjuer, transkribering, koding, samt identifisering og utvikling av temaer. Samtidig har to veiledere vært involvert i og kvalitetssikret prosessen. Dette er en styrke for validiteten, da dette har gitt mulighet til å bli godt kjent med datamaterialet og arbeide tett med dette, samtidig som en har hatt muligheten til å få innspill fra andre. Det er en fordel at samme person utfører intervjuer og analyseprosess, da ikke all informasjon fra intervjuene (f.eks. tonefall, emosjonell aktivering og uttrykk, stemning, mimikk, kroppsspråk) lar seg fange i transkripsjonene, men kan være en viktig del av tolkningen av meningsinnholdet og dermed hva en sekvens av tekst skal kodes som (Langdridge, 2006). Å transkribere egne intervjuer gir også en mulighet til å få økt innsikt i egen intervjustil, og å være mer bevisst denne i påfølgende intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tre av syv intervjuer ble gjennomført via telefon av praktiske årsaker, da de aktuelle informantene bodde andre steder i landet. Telefonintervjuer kan gjøre at en mister informasjon eller flyt en ville fått gjennom kroppsspråk i et fysisk intervju, men kan også oppleves tryggere og mer anonymt for informanten, som kan gjøre at en får informasjon en ellers ikke ville fått (Tjora, 2009). Informantene fremstod åpne og ærlige gjennom begge typer intervju, og det ble ikke observert noen merkbar forskjell på hvor mye de ville dele i telefonintervju eller intervjuene der en fysisk var i samme rom. Det oppleves også positivt at funnene i studien samsvarer godt med blant annet Owens et al. (2016), som brukte et anonymt forum utviklet i forskningsøyemed for å få frem brukeres erfaringer. Dette kan være tegn på at informantene har følt seg frie til å fortelle om sine opplevelser, tanker og følelser, i både telefonintervju og fysisk intervju.

Et intervju som fokuserer på et gitt tema vil gi en ramme for hva slags informasjon som deles, hvordan en situasjon beskrives og hvilke situasjoner som trekkes frem (Malterud, 2017). Informantene kan ha en egen motivasjon bak å formidle den versjonen av møtene med helsepersonell som de gjør (Malterud, 2017), for eksempel et ønske om å forbedre helsetjenestene og bidra til økt kunnskap blant helsepersonell. Det kan ikke utelukkes at slike forhold kan ha påvirket resultatene, men informantene viste blant annet en god balanse i å fortelle om både gode og dårlige opplevelser, og viste evne til å mentalisere over hva helsepersonell kan ha tenkt eller følt i de vanskelige møtene. Dialogisk validering («har jeg forstått deg rett når du sier...») ble brukt gjennom intervjuene for å bidra til en felles forståelse mellom intervjuer og informant, og for å forsøke å unngå misforståelser. Når det

gjelder refleksivitet, er det rimelig å anta at jeg som selv har møtt og hørt opplevelsene til informantene kan ha blitt påvirket av dette, samt at verdier og oppfatninger av temaet kan ha preget prosessen. Selv om det er en liten, kvalitativ studie med få informanter, samsvarer funnene med tidligere studier (f.eks. Hunter et al., 2013; Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2016; Rovik, 2013; Taylor et al., 2009).

**Utvalg.** Funnene i denne studien er basert på opplevelsene til syv kvinnelige informanter i 20- og 30-årene. Informantene bor ulike steder i landet, og har møtt helsepersonell både nylig og for mer enn 10 år siden. Likevel har de mange av de samme erfaringene, og dette kan tyde på at funnene ikke er et resultat av en kultur på ett sykehus eller geografisk område, men gjennomgående tendenser over en viss tid. Informantene forteller om møter som har skjedd i ulike instanser i helsevesenet, med hovedvekt på møter på legevakt, akuttmottak og under innleggelse på ulike psykiatriske avdelinger. I denne studien er det selve møtet med helsepersonell i forbindelse med selvskading som har vært i fokus, og det har ikke kommet frem at informantene opplever møtene som annerledes ut fra hvor i sykehussystemet de skjer. Det har derfor ikke vært skilt mellom ulike instanser for møtene i analysen, bortsett fra polikliniske erfaringer som i stor grad ble skilt ut fordi det var planlagte, ikke akutte møter.

Det er kjent at jenter og kvinner oftere rapporterer selvskading i kvantitative selvrapporteringsundersøkelser (f. eks. Hartberg & Hegna, 2014; Hawton et al., 2012; Ross & Heath, 2002; Ystgaard et al., 2003), og også kvalitative studier av selvskading har ofte overvekt av kvinnelige informanter (f.eks. Holm & Severinsson, 2010; Lindgren et al., 2004; Moe, 2008; Owens et al., 2016). Slik er det også i denne studien, og det er vanskelig å vite om selvskadende pasienter av andre kjønn, etnisk bakgrunn og i andre aldersgrupper har lignende opplevelser som de kvinnene som er intervjuet her, eller om de ville vært opptatt av noe annet. Det kan heller ikke utelukkes at helsepersonell behandler selvskadende pasienter ulikt ut fra for eksempel kjønnsmessig tilhørighet, alder eller selvskadingsmetode. Selv om utvalget her var relativt homogent med tanke på aldersgruppe og kjønn, hadde informantene ulike erfaringer og unike historier. Dette støtter opp under at funnene vil kunne være gyldige for mange som sliter med selvskading og møter helsepersonell i forbindelse med dette, og ikke bare for en viss gruppe eller type pasienter. Møtene har trolig ikke hatt den betydningen de har hatt for informantene grunnet deres kjønn eller alder, men grunnet psykologiske prosesser som det er nærliggende å tro at vil være til stede også hos andre som strever med selvskading.



Informantene tok selv kontakt fordi de ønsket å delta i og å bidra til studien, og det kan ikke utelukkes at de har andre erfaringer eller en annen motivasjon for dette enn selvskadende pasienter som ikke tok kontakt. Hvor vanlig ulike erfaringer og opplevelser er blant pasienter som møter helsevesenet etter selvskading vil kunne forfølges videre i en større studie. Flere studier som lykkes i å få frem opplevelsene til selvskadende menn og andre kjønn, eldre mennesker, ulike grupper av minoriteter og helsepersonell som møter dem vil være svært nyttige for å få mer kunnskap om dette.



### Konklusjon

Det ble gjennomført tematisk analyse av syv semistrukturerte intervjuer, der fokuset var på pasienters møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading. Ti tema ble identifisert, der fem omhandlet det informantene opplevde som gode møter, og de fem andre omhandlet såkalt dårlige møter. Det som kjennetegnet de gode møtene var at helsepersonell formidlet et ønske om å hjelpe, viste aksept og profesjonell ro, samt var interessert og ærlig om manglende kunnskap. Møtene som opplevdes dårlige var preget av uverdigg behandling i form av forakt og straff, samt fordommer om at selvskading blir sett på som en strategi for å få oppmerksomhet. Både møtene som opplevdes gode og dårlige viste seg å ha stor betydning, og der gode møter kunne redusere følelse av skam og verdiløshet, gjøre det enklere å ta kontakt med helsevesenet og hindre fremtidig selvskading, hadde dårlige møter motsatt effekt. Studien viser dermed at møter med helsepersonell etter selvskading kan være viktige for selvskadende pasienters sykdomsforløp og tilfriskning. God behandling av selvskading på legevakt og under innleggelse på sykehus kan være selvmordsforebyggende (Concannon et al., 2018; Erlangsen et al., 2015), og det som oppleves som dårlige møter kan eskalere selvskading og selvmordstanker.

Funnene fra denne studien kan opplyse og bevisstgjøre helsepersonell, og gjennom dette bidra til bedre behandling av selvskadende pasienter. Det vil være hensiktsmessig å fortsette arbeidet med å utvikle gode intervensjoner som kan brukes av helsepersonell på legevakt og lignende arenaer, og sørge for at det er tid og ressurser til at de kan brukes. Dette vil kunne bidra til at helsepersonell blir i stand til å hjelpe selvskadende pasienter på en god måte. Selv om studien samsvarer med tidligere kvalitative studier (f.eks. Hunter et al., 2013; Lindgren et al., 2004; Owens et al., 2016; Rovik, 2013; Taylor et al., 2009), trengs mer forskning for å kartlegge omfanget av selvskadende pasienter med lignende opplevelser.



## Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Biddle, L., Cooper, J., Owen-Smith, A., Klineberg, E., Bennewith, O., Hawton, K., ... Gunnell, D. (2013). Qualitative interviewing with vulnerable populations: Individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *Journal of Affective Disorders, 145*, 356-362. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.024>
- Bjørneset, L. W. (2003). Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40*, 857-856.
- Brager-Larsen, A., & Toven, S. (2007). Klinikk møter forskning. *Suicidologi, 12*(3), 12-16. <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.1784>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198-202. doi: 10.1037//0021-843X.111.1.198
- Butler, J. A. (2016). Self-harm. *Medicine, 44*(12), 715-719. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.09.003>
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine, 55*, 823-834. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00205-2)
- Ceniti, A. K., Heinecke, N., & McInerney, S. (2018). Examining suicide-related presentations to the emergency department. *General Hospital Psychiatry, In press, corrected proof*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.09.006>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Data and Statistics (WISQARS): Fatal Injury Reports, National, Regional and State, 1981-2017. Hentet fra <https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/mortrate.html>

- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I J. A. Smith (Red.). *Qualitative Psychology: a practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). London: Sage Publications Ltd.
- Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(2), 126-131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>
- Concannon, E., Carr, S., Doherty, A., McInerney, S. J., Birrane, J., Kearney, L. ... McInerney, N. M. (2018). Referral of patients to Plastic Surgeons following self-harm: Opportunities for suicide prevention. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, In Press, Accepted Manuscript*. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.10.026>
- Crawford, M. J., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 619–629. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(03\)00060-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(03)00060-5).
- Diggins, E., Kelley, R., Cottrell, D., House, A., & Owens, D. (2017). Age-related differences in self-harm presentations and subsequent management of adolescents and young adults at the emergency department. *Journal of Affective Disorders, 208*, 399-405. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.014>
- Egan, R., Sarma, K. M., & O'Neill, M. (2012). Factors Influencing Perceived Effectiveness in Dealing with Self-harming Patients in a Sample of Emergency Department Staff. *The Journal of Emergency Medicine, 43*, 1084-1090. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.01.049>
- Erlangsen, A., Lind, B. D., Stuart, E. A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K. J., ... Nordentoft, M. (2015). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *The Lancet Psychiatry, 2*, 49-58. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00083-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00083-2)
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*(4), 352-361. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb00566.x>

- Favazza, A. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(5), 259-268. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9612442>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Selvskading i Norge*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110540>.
- Fong, T. (2003). Self-mutilation: Impulsive traits, high pain threshold suggest new drug therapies. *Current Psychiatry*, 2(2), 15-23. Hentet fra <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/59695/depression/self-mutilation-impulsive-traits-high-pain-threshold-suggest-new>
- Fonn, M. (2017, 17.03.) *Selvskading går ikke over av seg selv*. Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/02/selvskading-gar-ikke-over-av-seg-selv>
- Gairin, I., House, A., & Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 28-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.1.28>
- Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L., & Hayward, M. (2009). Analysis of Accident and Emergency Doctors' Responses to Treating People Who Self-Harm. *Qualitative Health Research*, 19(6), 755-765. doi: 10.1177/1049732309334473
- Hartberg, S., & Hegna, K. (2014). *Hør på meg: Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013*. (NOVA rapport 2/2014). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Hoer-paa-meg>
- Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Helsedirektoratet (2017). *Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvskading-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-selvskading>

- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences, 12*(1), 52-57.  
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x>
- Hume, M., & Platt, S. (2006). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health, 7*(9). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-9>
- Hunter, C., Chantler, K., Kapur, N., & Cooper, J. (2013). Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 315-323.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.009>
- James, K., Stewart, D., Wright, S., & Bowers, L. (2012). Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies, 49*(10), 1212-1219. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.010>
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2018). *Legevakhåndboken* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Hentet fra [https://www.lvh.no/symptomer\\_og\\_sykdommer/psykiske\\_lidelser/depressive\\_lidelser/villet\\_egenskade](https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/depressive_lidelser/villet_egenskade)
- Jørstad, J. (1999). Å hjelpe den som vil dø, til å leve. I L. Mehlum (Red). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis* (s. 205-217). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(9), 1981-1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(11), 565-568. doi: 10.1177/070674371405901101



- Koning, K. L., McNaught, A., & Tuffin, K. (2018). Emergency department staff beliefs about self-harm: A thematic framework analysis. *Community Mental Health Journal, 54*(6), 814-822. doi: 10.1007/s10597-017-0178-8
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2004). *Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik*. København: Dansk psykologisk Forlag
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode – En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Lindgren, B.-M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(3), 284-291.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00712.x>
- Linehan, M. M. (2004). *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighetstræning*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: a critical review. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*(3), 177-185.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x>
- McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing, 18*(20), 2838-2845.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x>
- McHale, J., & Felton, A. (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(8), 732-740. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x>

- Mehlum, L., & Holseth, K. (2009). Selvskading – hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(8), 759-762. doi: 10.4045/tidsskr.08.0378
- Mehlum, L., & Tørmoen, A. J. (2014). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 19(3), 3-8. <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2266>
- Moe, A., & Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, A. (2008). Fra å sette arr på det til å sette ord på det: «Det er ikke vondt å kutte, men det jævlige er å la være». *Suicidologi*, 13(3), 24-26. Hentet fra <http://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/viewFile/1969/1830>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2011). An Investigation of Differences Between Self Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Møhl, B. (2015). *Selvskade – psykologi og behandling*. København: Hans Reitzels Forlag
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Self-harm. Quality standard [QS34]*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34/resources/selfharm-pdf-2098606243525>
- Notø, T., Olsen, R., Normann, K., & Løberg, T. (2005). Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 491-496.
- O'Connor R. C., Ferguson, E., Scott, F., Smyth, R., McDaid, D., Park, A. L., ... Armitage, C. J. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 451-460. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30129-3.
- Olsson, M., & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emergency Medicine Journal*, 18(6), 430-434. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.18.6.430>

- Ouzouni, C., & Konstantinos, N. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1), 119–134. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1997.tb00461.x>.
- Owens, C., Hansford, L., Sharkey, S., & Ford, T. (2016). Needs and fears of young people presenting at accident and emergency department following an act of self-harm: secondary analysis of qualitative data. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 286-291. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141242
- Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L. E., Fritz, G. K., & Spirito, A. (2003). Suicide Attempts and Self-Mutilative Behaviour in a Juvenile Correctional Facility. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762-769. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046869.56865.46>
- Redley, M. (2010). The clinical assessment of patients admitted to hospital following an episode of self-harm: a qualitative study. *Sociology of health & illness*, 32(3), 470-485. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01210.x>
- Rhodes, A. E., Sinyor, M., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Katz, L. Y., Bethell, J., ... Skinner, R. (2019). Emergency Department Presentations and Youth Suicide: A Case-Control Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(2), 88-97. <https://doi.org/10.1177/0706743718802799>
- Ribe, K., & Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskading. Veier til forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Rovik, A. M. (2013). Selvskading og miljøterapi. Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger. *Psykisk helse og rus*, 24(2). 34-43. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2011/04/art06>

- Rowe, S. L., French, R. S., & Henderson, C. (2014). Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1083-1095. doi: 10.1177/0004867414555718
- Shaw, D. G., & Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications. *Health SA Gesondheid*, 21, 406-414. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.08.001>
- Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural Western Australia: A qualitative study. *The Australian Journal of Rural Health*, 10(5), 233-238. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2002.tb00037.x>
- Smith, B. D. (2005). Self-Mutilation and Pharmacotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(10), 28-37. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993516/>
- Stänicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A metasynthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 3(2), 173-191. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>
- Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104-110. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046425
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Timson, D., Priest, H., & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, 35, 1307-1314. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.05.001>.
- Tjora, A. (2009). *Fra nysgjerrighet til innsikt: Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Trondheim: Sosiologisk Forlag.
- Tsiachristas, A., McDaid, D., Casey, D., Brand, F., Leal, J., Park, A.-L., ... Hawton, K. (2017). General hospital costs in England of medical and psychiatric care for patients who self-harm: a retrospective analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 759-767. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30367-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30367-X)

- Tørmoen, A. J. (2017). *Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo) Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-58010>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(4), 282-297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Wadman, R., Vostanis, P., Sayal, K., Majumder, P., Harroe, C., Clarke, D., ... Townsend, E. (2018). An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services. *Social Science & Medicine, 212*, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.021>
- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental Health Professionals' Determinations of Adolescent Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(3), 284-300. <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.284.22178>
- Walby, F. A., & Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvsykdom på legevakst. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 129*(9), 885-887. doi: 10.4045/tidsskr.08.0417
- Witt, K., Daly, C., Arensmann, E., Pirkis, J., & Lubman, D. (2019). Patterns of self harm methods over time and the association with methods used at repeat episodes of non fatal self-harm and suicide: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 245*, 250-265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.001>
- World Health Organization. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for 2016. Intentional self-harm (X60-X84). Hentet fra <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/X60-X84>
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 123*(16), 2241-2245. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2003/08/originalartikkel/villet-egenskade-blant-ungdom>

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12-16.

[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90044-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90044-9)

Øverland, S. (2006). *Selvskading: en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Appendiks

**Appendiks A: Rekrutteringsskriv****Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om selvskading**

Har du møtt helsepersonell i situasjoner der du har selvskadet? Jeg ønsker å finne ut mer om både gode og dårlige møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading. Dette vil jeg gjøre ved å gjennomføre individuelle intervjuer med de som har erfaring med slike møter fra et brukerperspektiv. Intervjuene gjennomføres i forbindelse med min hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi på NTNU.

Ved å delta i prosjektet bidrar du til forskning som kan gi helsepersonell nyttig innsikt i hvordan de på best mulig måte kan møte mennesker som selvskader. For å være deltaker i prosjektet må du være 18 år eller eldre, og bosatt i Trondheim eller omegn. Alt skriftlig materiale vil anonymiseres slik at du som deltaker ikke skal kunne gjenkjennes. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Som takk for hjelpen vil alle som deltar få et Midtbygavekort på 200 kr.

Om du ønsker mer informasjon, har spørsmål om prosjektet, og/eller ønsker å være deltaker, ta kontakt med

Camilla Salvesen på mail: [camisalv@stud.ntnu.no](mailto:camisalv@stud.ntnu.no) eller telefon: 90844370

**Appendiks B: Rekrutteringsskriv til Mental Helse Trondheim****Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om selvskading**

Har du møtt helsepersonell i situasjoner der du har selvskadet? Jeg ønsker å finne ut mer om både gode og dårlige møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading. Møtene jeg er interessert i er slike som skjer i direkte tilknytning til selvskadingen, f.eks. ved legevakt, under innleggelse eller ved annen oppfølging der en ikke nødvendigvis møter noen en er trygg på fra før. Jeg vil gjennomføre individuelle intervjuer med de som har erfaring med slike møter fra et brukerperspektiv. Intervjuene gjennomføres i forbindelse med min hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi på NTNU.

Ved å delta i prosjektet bidrar du til forskning som kan gi helsepersonell nyttig innsikt i hvordan de på best mulig måte kan møte mennesker som selvskader. For å være deltaker i prosjektet må du være 18 år eller eldre, og bosatt i Trondheim eller omegn. Alt skriftlig materiale vil anonymiseres slik at du som deltaker ikke skal kunne gjenkjennes. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Som takk for hjelpen vil alle som deltar få et Midtbygavekort på 200 kr.

Om du ønsker mer informasjon, har spørsmål om prosjektet, og/eller ønsker å være deltaker, ta kontakt med

Camilla Salvesen på mail: [camisalv@stud.ntnu.no](mailto:camisalv@stud.ntnu.no) eller telefon: 90844370



## Appendiks C: Intervjuguide

# Intervjuguide

Semistrukturert intervju om møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading

### Mål med intervjuet/problemstilling:

*Finne ut hvordan mennesker som sliter med selvskading opplever møter med helsepersonell i situasjoner der de selvskader/nylig har selvskadet, og om de selv opplever at slike møter kan påvirke selvskadingsatferden.*

### Introduksjon og informasjon

Jeg går på psykologstudiet på NTNU, og skal skrive hovedoppgave om selvskading. Jeg er interessert i hva slags opplevelser du har hatt i møte med helsepersonell i situasjoner der du har selvskadet. Dette kan være situasjoner der du har skadet deg og selv oppsøker helsepersonell for å få hjelp, eller situasjoner der helsepersonell oppdager selvskading ved oppfølging. Selvskadingen bør ha vært fokus i møtet med helsepersonell. Helsepersonell kan være lege, psykolog, sykepleier, helsesøster, vernepleier, hjelpepleier, helsesekretær, miljøterapeut eller lignende. Aktuelle instanser for disse møtene kan være legevakt, sengepost, kontakt med personal i bolig, oppfølging fra ambulante team eller hjemmetjeneste, poliklinisk behandling, fastlege m.m.

Jeg har med meg en opptaker og kommer til å ta opp det du sier slik at jeg er sikker på at jeg får med meg alt. Opptaket vil oppbevares på den trygge måte, og vil bli slettet når prosjektet er ferdig, seinest juni 2019. Det du sier vil bli anonymisert, og kan ikke knyttes til deg som person. Du kan be om å få ta en pause underveis i intervjuet om du trenger det. Du kan også trekke deg når som helst under intervjuet om du likevel ikke ønsker å delta. Og kanskje viktigst av alt: du velger selv hvor mye du ønsker å dele. Om det er noe du ikke ønsker å snakke om eller spørsmål du ikke ønsker å svare på, er det helt greit og du trenger ikke begrunne dette.

Er det noe du lurer på før vi starter?

**Vil du fortelle litt om din erfaring med selvskading?**

Type selvskading?

Varighet?

Omfang?

Årsaker?

**Kan du fortelle litt om dine opplevelser knyttet til møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading?**

I hvilke situasjoner har du møtt helsepersonell?

Ett møte, eller flere?

Hva slags yrkesgrupper har du møtt, og hvor?

Dine generelle tanker og følelser om dette møtet/disse møtene?

**Hva var bakgrunnen for møtet/møtene?**

Ba du om hjelp selv?

Har selvskadingen noengang blitt oppdaget av helsepersonell ved oppfølging uten at du ba om hjelp selv?

Oppeves møtene annerledes ut fra om du ber om hjelp selv eller blir oppdaget?

**Har du eksempler på gode møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading?**

Hvem møtte du?

Hva ble sagt og gjort?

Hvordan reagerte vedkommende på at du hadde skadet deg?

Hvordan opplevdes det å bli møtt på denne måten?

Hva slags følelser kjente du på?

Hvorfor ble det en god opplevelse? (Tenker du at denne/disse personen(e) sa eller gjorde noe som gjorde at du kjente på dette?) Hva sa og gjorde vedkommende som gjorde at dette ble en god opplevelse for deg?

Hva tenker du at kjennetegner slike gode møter?

### **Konsekvenser**

Hva betyr slike gode møter for deg?

Hvordan påvirker slike møter hva du tenker/føler/gjør?

Har det konsekvenser (fram i tid)?

Hvordan tenker du om framtidige møter av denne typen?

### **Har du eksempler på dårlige møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading?**

Hvem møtte du?

Hva ble sagt og gjort?

Hvordan reagerte vedkommende på at du hadde skadet deg?

Hva sa og gjorde vedkommende som ble vanskelig for deg?

Hvordan opplevdes dette?

Hva slags følelser kjente du på der og da?

Kjente du på noe annet i ettertid?

Tenker du at denne/disse personen(e) sa eller gjorde noe som gjorde at du kjente på dette?

(Tror du vedkommende hadde behandlet deg annerledes om du hadde kommet dit med en skade som ikke var selvpåført?)

Er det noe du ønsker at skulle ha vært gjort annerledes?

Har du møtt denne personen andre ganger i lignende situasjoner? Hvordan var møtet da? Hva skyldes dette?

Hva tenker du at kjennetegner slike dårlige møter?

### **Konsekvenser**

Hva er konsekvensen av dårlige møter?

Hvordan påvirker slike møter hva du tenker/føler/gjør?

Har du erfart om dårlige møter med helsepersonell kan påvirke hvordan du handler neste gang eller andre ganger du får en trang til å skade deg eller neste gang du har skadet deg?

### **Har du noen (konkrete) råd til helsepersonell som møter mennesker som sliter med selvskading?**

Hva kan de gjør mer av?

Hva kan de gjøre mindre av, eller slutte med?

Er det noe annet du tenker det er viktig at jeg får med?

### **Avslutning**

Hvordan var det å snakke om dette?

Er det greit for deg å avslutte nå?

Spørre om hen ønsker å lese oppgaven når den er ferdig?

Takke for deltakelsen!

**Appendiks D: Informasjons- og samtykkeskjema**

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

**MØTER MED HELSEPERSONELL I FORBINDELSE MED SELVSKADING**

Har du selv søkt hjelp hos helsepersonell etter selvskading, eller har selvskadingen din blitt oppdaget av helsepersonell ved oppfølging av deg? Vi ønsker å få vite mer om både gode og dårlige møter med helsepersonell, og lære mer om hva de gjør som gir en god og en dårlig opplevelse for den de skal hjelpe. Vi ønsker å spørre deg om du kunne tenkt deg å delta i et forskningsprosjekt som handler om hvordan du opplevde møter med helsepersonell. Prosjektet er del av min hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi på NTNU.

Formålet med oppgaven er å få kunnskap om hva som kan være utfordringene i slike situasjoner, og hva man som helsepersonell kan gjøre for å best mulig ivareta de som trenger behandling på grunn av selvskading.

**HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?**

Jeg ønsker å intervjuer deg som har erfaring fra møter med helsepersonell i situasjoner der du har selvskadet. Intervjuet vil kunne ta opp mot en time, og du velger selv hvor mye du vil dele fra dine erfaringer. For å få med meg alt du sier vil jeg ta lydopptak av intervjuet. Dette vil oppbevares på en trygg måte, og informasjonen om deg vil anonymiseres i transkribering, analyseringsarbeid og i den ferdige oppgaven. Lydopptaket vil bli slettet etter at prosjektet avsluttes.

**MULIGE FORDELER OG ULEMPER**

Ved å delta i prosjektet bidrar du til forskning som kan gi helsepersonell nyttig innsikt i hvordan de på best mulig måte kan møte mennesker som selvskader. Dette vil kunne oppleves meningsfullt for deg personlig, og det kan komme til å hjelpe andre mennesker i samme situasjon som du har vært i.

Det er ikke grunn til å tro at du som deltaker vil ta skade av prosjektet, men det kan oppleves ubehagelig for deg å snakke om eventuelle vonde møter med helsepersonell, eller om egen selvskading og egne tanker og følelser. Du velger selv hva du vil svare på, og hvor mye du vil dele. Om det blir for vanskelig, kan vi når som helst ta en pause i intervjuet.

**FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Eva Langvik, tlf. 73550738, [eva.langvik@ntnu.no](mailto:eva.langvik@ntnu.no).

**HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Om du ønsker å ha mulighet til å lese gjennom oppgaven før den eventuelt publiseres, vil vi oppbevare ditt navn og kontaktinformasjon på en sikker måte.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet ved prosjektslutt.

**GODKJENNING**

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

**SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET**

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

JEG BEKREFTER Å HA GITT INFORMASJON OM PROSJEKTET

---

Sted og dato

Signatur

---

Rolle i prosjektet

## Appendiks E: Svar fra REK



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Henriette Snilsberg	<b>Telefon:</b> 22845531	<b>Vår dato:</b> 13.03.2018	<b>Vår referanse:</b> 2018/113 REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b> 09.01.2018	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Eva Langvik  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

### 2018/113 Møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 14.02.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

**Forskningsansvarlig:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Prosjektleder:** Eva Langvik

#### Prosjektleders prosjektbeskrivelse

*Prosjektet skal undersøke hvordan mennesker som sliter med selvskading opplever møter med helsepersonell i situasjoner der de selvskader/nylig har selvskadet, og der selvskadingen er fokus i disse møtene. Slike møter kan både skje ved at den som har skadet seg selv tar kontakt med helsepersonell for å få hjelp, eller at helsepersonell oppdager selvskadingen ved oppfølging. Det vil brukes kvalitative semistrukturerte intervjuer som metode, gjøres lydopptak og transkripsjon av intervjuene, for så å analysere materialet ved hjelp av tematisk analyse. Det taes sikte på å gjennomføre 5-8 intervjuer med mennesker som sliter med selvskading og i den forbindelse har møtt helsepersonell i ulike sammenhenger, f.eks. på legevakt eller under innleggelse. I disse intervjuene vil deltakerne få fortelle om både gode og dårlige møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading, og hva slags konsekvenser slike møter kan ha for fremtidig atferd i lignende situasjoner.*

#### Vurdering

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av søknad og protokoll å se på hvordan mennesker som sliter med selvskading opplever møter med helsepersonell i situasjoner der de selvskader/nylig har selvskadet. Man skal benytte kvalitative semistrukturerte intervjuer som metode for så å analysere materialet ved hjelp av tematisk analyse. Målet er å generere kunnskap om hvordan å møte brukerne, og at dette skal gi helsepersonell som møter selvskading viktige innblikk i hva som ligger bak selvskadingsatferden.

Komiteen mener at prosjektet omfatter et viktig tema og at søknaden fremstår som reflektert og grundig gjennomarbeidet.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.



Prosjektet har derfor, etter REKs vurdering, som mål å skaffe kunnskap om opplevelser av møter, og ikke som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Av den grunn faller prosjektet det her søkes om utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Komiteen gjør oppmerksom på at det faktum at et prosjekt blir vurdert av REK til å være et forskningsprosjekt utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

**Vedtak**

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.

*Klageadgang*

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem  
professor, dr. med.  
leder REK sør-øst B

Henriette Snilsberg  
komitésekretær

**Kopi til:**

- Instituttleder Ute Gabriel, Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet ved øverste administrative ledelse

**Appendiks F: Godkjenning fra NSD**

Eva Langvik

7048 TRONDHEIM

Vår dato: 27.03.2018

Vår ref: 59866 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

**Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27**

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 15.03.2018 for prosjektet:

59866	<i>Møter med helsepersonell i forbindelse med selvskading</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eva Langvik</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Salvesen</i>

**Vurdering**

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

**Vilkår for vår anbefaling**

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

**Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

**Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

**Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 30.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

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

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / [hildur.thorarensen@nsd.no](mailto:hildur.thorarensen@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Camilla Salvesen, [camisalv@stud.ntnu.no](mailto:camisalv@stud.ntnu.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 59866

#### FORMÅL

Prosjektet skal undersøke hvordan mennesker som sliter med selvskading opplever møter med helsepersonell i situasjoner der de selvskader/nylig har selvskadet. Slike møter kan både skje ved at den som har skadet seg selv tar kontakt med helsepersonell for å få hjelp, eller at helsepersonell oppdager selvskadingen ved oppfølging. Det vil brukes kvalitative semistrukturerte intervjuer som metode, gjøres lydopptak og transkripsjon av intervjuene, for så å analysere materialet ved hjelp av tematisk analyse. Det tæes sikte på å gjennomføre 5-8 intervjuer med mennesker som sliter med selvskading og i den forbindelse har møtt helsepersonell i ulike sammenhenger, f.eks. på legevakt eller under innleggelse. Både gode og dårlige møter vil tematiseres.

Prosjektet er vurdert av REK sør-øst B (ref. 2018/113) til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget i hovedtrekk er godt utformet, men vi har følgende kommentarer:

- "prøver" må slettes fra fjerde setning under avsnittet "Frivillig deltakelse (...)", da det ikke er oppgitt at det skal samles inn prøver ifm. prosjektet,
- det som står om at prosjektet er godkjent av REK må fjernes, da REK har funnet at prosjektet faller utenfor deres mandat. Det kan heller oppgis at prosjektet er tilrådt av NSD personvernombudet for forskning.

#### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det fremgår av meldeskjema at dere vil behandle sensitive opplysninger om helseforhold.

#### SÅRBAR GRUPPE

Utvalget anses å være en sårbar gruppe. Den som foretar datainnsamling bør ha kompetanse til å gjøre dette på en slik måte at belastningen på deltakerne blir minst mulig. Man bør være forberedt på å håndtere eventuelle problemer som kan oppstå, både underveis og etter datainnsamling. For eksempel kan enkelte informanter ha behov for oppfølging, og forsker/student må kunne henvise vedkommende til riktig instans, som for eksempel psykolog eller en støttegruppe. I studentprosjekter har veileder et særskilt ansvar for planlegging av datainnsamlingen og god oppfølging både av studenter og informanter.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med NTNU sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

#### VARIGHET

Prosjektsslutt er oppgitt til 30.06.2019. Det fremgår av meldeskjema at dere vil anonymisere datamaterialet ved

prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

