

Selvskadere i møte med hjelpeapparatet

- **En kvalitativ studie om selvskaderes egne erfaringer i møte med profesjonsutøvere i hjelpeapparatet.**

Masteroppgave i sosialt arbeid

av

Linn Kristine Tiller

Trondheim mars 2019

Til *Vilde, Siri, Trine, Sunniva, Lena, Mona, Mira og Sonja...*

Denne oppgaven er til dere...

Forord:

Denne prosessen har generelt vært en spennende, tidkrevende og ikke minst en emosjonell berg og dalbane for meg. Det har tatt lang tid fra ideen om tema for oppgaven begynte å ta form, fremt til målet ble nådd. Jeg startet prosessen allerede i 2012, og fikk en rekke uventede hindringer på veien. Datainnsamlingen ble foretatt i slutten av 2013 og i starten av 2014, og jeg fikk endelig levert oppgaven i 2019.

Først og fremst vil jeg takke alle de sterke selvskadende kvinnene jeg har møtt gjennom min fartstid i psykiatrien. Dere har gitt meg uunnværlig inspirasjon og motivasjon til at jeg til slutt valgte å skrive nettopp om denne tematikken i min masteroppgave. Jeg har vært privilegert som har fått lov til å ta del i deres tanker omkring temaet, noe som har gitt meg et grunnlag for hva formålet med studien skulle være.

Jeg ønsker også å takke mine kolleger for positive tilbakemeldinger som er kommet frem gjennom våre utallige faglige diskusjoner. Dere har motivert meg og støttet meg i motbakkene i perioder hvor ting nesten virket håpløst. Hurra for dere!

En kjærlig takk til Roger som har vært uendelig tålmodig gjennom hele prosessen. Du har lyttet når jeg har vært frustrert, og du har gitt meg nødvendig tro og støtte på at jeg til slutt skulle klare å nå målet. Du har stått på sidelinja å heiet meg fram og det når jeg har trengt det aller mest.

Ellers ønsker jeg å takke mamma og pappa som alltid stiller opp for meg og som har passet lillemor slik at jeg fikk tid til å skrive ferdig. Takk for all støtte gjennom hele studieforløpet. Ellers rettes en stor takk til alle gode venner for påfyll av motivasjon og positivitet gjennom alle årene jeg har arbeidet med oppgaven. Takk for at dere fikk meg til å «koble» av med gåturer, kafe turer, fine samtaler og filmer. Dette har det vært enormt mye støtte i for et altfor slitent hode.

Tusen takk til Kristijana Kristiansen som var min veileder til å begynne med. Du gav meg troen på at prosjektet var en god ide og kunne la seg gjennomføre. I tillegg vil jeg takke deg Riina Kiik for god veiledning gjennom den siste delen av forløpet.

Takk til ulike organisasjoner og mitt nettverk fra psykiatrien for god hjelp til rekruttering av informanter.

En spesiell takk rettes til de sterke kvinnene som deltok i studien og for at dere ville dele deres historier med meg. Dere inspirerer meg hver dag!

Trondheim, mars 2019

Linn Kristine Tiller

Sammendrag

Til tross for mye kunnskap om selvskading og dens dynamikk så viser det seg at selvskadende kvinner blir møtt avvisende og lite imøtekommende av hjelpere (Mcallister 2003; Taylor m. fl 2009). Studier hvor selvskadende kvinner deltar som informanter har knapt vært gjenstand for forskning i Norge eller i verden for øvrig. Formålet med denne masteroppgaven var å få et lite innblikk i hvordan selvskadende damer i Norge opplever å bli møtt av profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet, samt hvordan de selv ønsker at hjelpere skal møte dem.

Kvalitative intervjuer med åtte kvinner var utgangspunktet for de funnene som kom frem. Fokus i intervjuene var å forsøke å få frem damenes opplevelser som de har gjort seg i sine møter med hjelpere fra psykiatrisk og somatisk sykehus, NAV, hjemmesykepleien, ambulans psykiatrisk team, botiltak, ambulansetjenesten, med fastlege og andre offentlige helsetjenester. Hovedfunnene viste at informantene hadde både negative og positive møter med profesjonsutøvere.

De negative opplevelsene var først og fremst preget av mangel på respekt fra hjelpere og dette viste de gjennom uvennlig væremåte, kommunikasjon og handlinger. Disse beskrives blant annet som krenkende, sårende og flere av handlingene opplevdes som sanksjoner. Flere av informantene hadde også erfart at profesjonsutøvere ikke lyttet til dem eller tok dem på alvor når de ba om hjelp. Kvinnene følte seg generelt lite forstått av hjelpere og mangelen på ydmykhet overfor en generell kaotisk situasjon var stor.

De positive opplevelsene viste at kvinnene blir møtt med respekt og at dette kommer frem gjennom hjelpernes kommunikasjon, væremåte og handlinger. Her var profesjonsutøverne vennlige, støttende, ydmyke, varme og forståelsesfulle. Særlig følte de seg respektert når de ikke ble møtt som «en typisk selvskader». Videre kom det frem at alle hadde utviklet tillitsfulle relasjoner med hjelpere og at slike relasjoner gjorde at kvinnene følte seg trygge.

I tillegg gav informantene uttrykk for sine egne ønsker om hvordan de vil at profesjonsutøvere skal møte dem. Å bli møtt med respekt var det viktigste i alle møter med hjelpeapparatet.

I sosialt arbeid ser man på individet i interaksjon med andre og det er ikke mulig å forstå selvskadende og den situasjonen de befinner seg i uten å møte dem med en helhetlig forståelse

(Shulman 2003). Dette perspektivet danner grunnlaget for de aspektene denne studien diskuterer opp mot de funn som er kommet frem. Videre diskuteres resultatene i sammenheng med forhold hos hjelpere eller selvskadende selv som er med å påvirke hvilken behandling de mottar.

Kort oppsummert viste funnene at det ikke er mulig å møte selvskadende med respekt uten å møte dem med en helhetlig forståelse. Samtidig er det behov for økt kunnskap om fenomenet hos de som arbeider med selvskading slik at de kan møte kvinnene på best mulig måte.

Summary

Although there is a lot of existing knowledge about self-harming and its dynamics, women who self-harm are met with dismissiveness and unfriendliness when they are in contact with the support services (Mcallister 2003; Taylor m. fl 2009). There has been scarcely any research where women who self-harm participate as informants. The purpose of this master thesis is to gain some insight into how these women experience their contact with representatives from the health service/support services. It also seeks to provide an overview of how the women would prefer to be met.

Qualitative interviews with eight women were conducted for this study. The focus of these interviews was to gain an insight into how the participants had been treated in their contact with psychiatry, somatic hospitals, NAV and other areas of the health system. The main findings show that the informants experienced both positive and negative contact with support service personnel.

Negative experiences were characterized by a lack of respect. Support service personnel demonstrated this through unkind behavior, communication and actions. The women describe these actions as offending and insulting. Several of the participants felt that some personnel behaved this way because they wanted to punish them for self-harming. Many of the women mentioned that they didn't experience being taken seriously when they asked for help. Specifically, they felt a great lack of humility and understanding about their chaotic situation.

Positive experiences showed that the informants were met with respect by the support service personnel, which was demonstrated through their communication, behavior and actions. These meetings were characterized by the support service personnel being friendly, supportive, humble, warm and understanding. Specifically, did the women feel that they were respected when they weren't treated as a "typical self-harmer". They also mention that they developed reliant relationships with representatives from the health system. These relationships made the participants feel safe.

The informants also expressed how they wish support service personnel would meet them and their situation. They stated that what is most important, is that the personnel treat them with respect, specifically, that they do not treat them as a "typical self-harmer".

One perspective in social work research is to look upon the individual in interaction with others, and it is not possible to meet self-harmers and their circumstances without a holistic understanding (Shulman 2003). This perspective forms the basis of the aspects that are discussed in relation to the findings. The results are also discussed in relation to the support service personnel's and the women's condition, which lead to the kind of treatment the informants receive.

In conclusion, the findings show that it is not possible to meet women who self-harm without a holistic understanding. At the same time, it is essential that people who work with self-harm increase their knowledge about the phenomenon.

Innholdsliste

	Side
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	1
1.2 Tema og problemstilling.....	1
1.3 Problemstillingen i lys av sosialt arbeid.....	2
1.4 Avgrensing og begrepsavklaring.....	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	4
1.6 Forskning på området.....	5
2.0 Hva er selvskading?.....	8
2.1 Omfang og kjønnsforskjeller.....	9
2.2 Kvinner som selvskader.....	10
2.3 Risikofaktorer.....	11
2.3.1 Medfødt sårbarhet.....	11
2.3.2 Traumer.....	12
2.3.3 Emosjonelle overgrep, forsømmelser og fysisk vold.....	12
2.3.4 Seksuelle overgrep.....	12
2.3.5 Tap av omsorgspersoner.....	13
2.4 Reaksjoner på traumatiske hendelser.....	14
2.4.1 Dissosiering.....	14
2.4.2 Negative selvinstruksjoner, skyld og skam.....	14
2.5 Psykiske lidelser og problemer.....	15
2.5.1 Dissosiative lidelser og selvskading.....	16
2.5.2 Personlighetsforstyrrelser og selvskading.....	17
2.5.3 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	18
2.5.4 Andre psykiske utfordringer hos kvinnene.....	18
3.0 Selvskading- en utfordring.....	19
3.1 Myter og holdninger.....	19

3.1.1	Behandling av det som er «friskt».....	19
3.1.2	Å selvskade for å få oppmerksomhet.....	20
3.1.3	Den «manipulative» selvskadende.....	21
3.2	Reaksjoner hos hjelpere.....	21
3.2.1	Opplevelsen av maktesløshet.....	22
3.2.2	Motoverføringsreaksjoner.....	22
3.2.3	Vikarierende traumatisering.....	23
3.3	Den gode hjelper.....	24
3.3.1	Selvskading som mestringsstrategi.....	24
3.3.2	Å være i kontakt med egne følelser.....	24
3.3.3	Å reflektere over egen praksis.....	25
3.3.4	Å være en personlig og profesjonell hjelper.....	26
3.4	Selvskaderens rett på respektfull behandling.....	27
3.4.1	Synet på den andre og allmenmoralen.....	27
3.4.2	Lovverket og yrkesetiske retningslinjer.....	28
3.4.3	Brukermedvirkning.....	29
3.5	God kommunikasjon som utgangspunkt.....	30
3.5.1	Å bygge tillit.....	30
3.5.2	Tillitsfulle relasjoner.....	31
3.6	Hjelperens behov for økt kunnskap om selvskading.....	32

4.0 Metodisk tilnærming og fremgangsmåte.....34

4.1	Kvalitativ metode.....	34
4.2	Min for forståelse.....	35
4.3	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	36
4.3.1	Fenomenologi.....	36
4.3.2	Det kvalitative forskningsintervju.....	37
4.4	Datainnsamlingen- fremgangsmåte.....	38
4.4.1	Godkjenning av prosjektet.....	38
4.4.2	Utvalg.....	38
4.4.3	Intervjuguide.....	39
4.4.4	Veien til informantene.....	39
4.4.5	Gjennomføringen av intervjuene.....	40

4.5	Analyseprosessen.....	42
4.5.1	Fra tale til tekst.....	42
4.5.2	Systematisk tekstkondensering.....	43
4.6	Reliabilitet og validitet.....	46
4.7	Etiske betraktninger.....	49
5.0	Sentrale funn.....	53
5.1	Presentasjon av informantene.....	53
5.2	Å få god hjelp og omsorg.....	54
5.2.1	Å bli møtt som et menneske og ikke som en «typisk selvskader»	55
5.3	Tillitsfulle relasjoner.....	56
5.4	Opplevelsen av å bli krenket og såret.....	58
5.4.1	Å bli «straffet» av hjelpere.....	60
5.5	Å ikke bli tatt på alvor når en ber om hjelp.....	62
5.6	Respekt som grunnlag i alle møter.....	65
5.6.1	Drømmen om å ikke bli møtt som en «typisk selvskader»	67
6.0	Diskusjon.....	69
6.1	Kunnskap om selvskadningens dynamikk- en nødvendighet.....	69
6.2	Respekt og profesjonalitet fører til gode opplevelser.....	75
6.3	Rettigheten om respektfull behandling.....	82
7.0	Konklusjon.....	85
7.1	Økt behov for kunnskap.....	86
	Litteraturliste.....	88
	Vedlegg 1: Vedtak fra REK	
	Vedlegg 2: Vedtak fra NSD	

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 4: Skriftlig informert samtykke

Vedlegg 5: Semistrukturert intervjuguide

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Jeg var ferdigutdannet sosionom i 2010. Gjennom hele studiet fattet jeg særlig interesse for psykiatri og begynte å arbeide innenfor fagfeltet etter endt bachelorutdanning. Videre ønsket jeg faglig påfyll innenfor området og valgte dermed å starte på master i sosialt arbeid.

Gjennom mitt arbeid innenfor psykiatrien kom jeg i kontakt med selvskading, og utviklet et stort engasjement i forhold til hvordan disse kvinnene ivaretas av hjelpeapparatet. Flere av damene jeg har vært i kontakt med gjennom min fartstid i psykiatrien delte historier om hvor dårlig de ofte ble møtt av hjelpere. Dette vekket min nysgjerrighet for tematikken ytterligere, og jeg fant dermed ut at hvis jeg først skulle skrive en masteroppgave så skulle dette være tema for min studie.

1.2 Tema og problemstilling

Temaet for denne oppgaven er hvordan selvskadende kvinner i Norge opplever å bli møtt av profesjonsutøvere i hjelpeapparatet. I tillegg til påvirkning fra min fartstid i psykiatrien så var ulike perspektiver innenfor fagfeltet sosialt arbeid med å påvirke valg av tema og problemstilling for studien. I min søken etter faglig påfyll så kom jeg frem til at til tross for mye kunnskap om selvskadingens dynamikk, så kan det virke som om selvskadende kvinner blir møtt avvisende og lite imøtekommende av hjelpere. Dette skjer på ulike arenaer i hjelpeapparatet (Macallister 2003). Formålet med studien ble dermed at jeg ønsket å undersøke nærmere hvordan selvskadende damer selv opplever at de blir møtt av profesjonsutøvere i det norske hjelpeapparatet.

Min problemstilling ble følgende:

Hvordan opplever selvskadende kvinner at de blir møtt av profesjonsutøvere i hjelpeapparatet?

Mitt underspørsmål ble:

Hvordan ønsker kvinnene selv å bli møtt av hjelpeapparatet?

1.3 Problemstillingen i lys av sosialt arbeid

I sosialt arbeid forsøker man å bedre situasjonen for sårbare grupper i samfunnet og faget tar utgangspunkt i praksis. Formålet er blant annet endringsarbeid da sosialarbeideren er ute etter å endre situasjonen til enkeltmennesker eller sårbare grupper (Røysum 2006). Levin (2004) hevder videre at mennesket formes gjennom sine relasjoner til de nærmeste og den situasjonen det befinner seg i. I sosialt arbeid har man et perspektiv som fanger opp både enkeltmennesket og gruppen, men også de forhold som er rundt disse. Det handler om at sosialarbeideren møter mennesker med et helhetlig perspektiv når man skal hjelpe. Dette betyr at hjelperen ser på brukeren i interaksjon med andre. Det er ikke mulig å kun forstå brukeren og dens bevegelser når man skal hjelpe, og det er derfor nødvendig å se på denne i samspill med sine omgivelser (Shulman 2003).

Sosialt arbeid var dermed med på å påvirke mitt valg av tema for undersøkelsen. Når jeg skulle skrive en masteroppgave så ble det naturlig for meg at jeg ville forsøke å påvirke situasjonen for selvskadende kvinner ved å få frem deres stemmer, deres egne perspektiver i forhold til hvordan de blir møtt av hjelpere. Samtidig handlet det om å se på gruppen og enkeltindividet som en del av et stort system. Jeg har derfor forsøkt å gi et lite innblikk av damenes opplevelser og erfaringer i sine møter med hjelpeapparatet ved å ha et helhetlig perspektiv i forståelsen av tematikken. Jeg har også forsøkt å få frem dette i forhold til litteraturen og forskningen jeg har benyttet for å belyse funnene i denne studien.

Videre nevnes det at man i sosialt arbeid må være en kritisk reflekterende hjelper. Målet er å generere ny kunnskap gjennom refleksjon, og videreutvikle praksis og styrke beredskapen og kompetansen til å møte forandringer, usikkerheten og risikoen som preger yrker innenfor fagfeltet. Det handler om at endring i ens holdninger og handlinger i møte med

enkeltmennesker. Hjelperen får et klarere bilde av sin egen rolle, hvordan man påvirkes og hvordan man kan påvirke samfunnsholdninger generelt (Askeland 2006). Ut ifra dette tenker jeg at hvordan hjelperen møter selvskadende handler mye om refleksjon over sin egen praksis.

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Denne studien er en masteroppgave og det setter dermed en rekke begrensninger i forhold til tid og omfang. Jeg har derfor måttet tatt en rekke bestemmelser i forhold til avgrensning av problemstillingen og hvor hovedfokus skal ligge. En kvalitativ tilnærming med bruk av en semistrukturert intervjuguide benyttes til å samle inn data fra flere arenaer i hjelpeapparatet hvor selvskadende møter profesjonsutøvere. Det søkes å gi et lite, men detaljert bilde av helheten av de erfaringene og opplevelsene kvinnene har gjort seg gjennom sin fartstid i et stort og komplekst system. Det kunne vært interessant og sammenliknet hvordan kvinnene opplever og erfarer møter med hjelperer i privat sektor contra i offentlig sektor, men dette blir ikke drøftet i denne studien.

Hjelpeapparatet i Norge er omfattende og utgangspunktet for dataene innsamlet i studien ligger i de offentlige helsetjenestene. Norges helsevesen deles inn i primærhelsetjenesten som organiseres i kommunene og omfatter fastleger, bo- og servicesenter og liknende, og spesialisthelsetjenesten som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten. Kvinnenes møter med profesjonsutøvere fra NAV er også inkludert som en del av hjelpeapparatet i oppgaven. Privat sektor er utelukket fra denne studien.

Begrepene *møte* eller *møter* brukes gjennom hele oppgaven og beskriver den mellommenneskelige interaksjonen som skjer mellom kvinnene og hjelperne i deres møter.

I litteraturen finnes en rekke begreper som beskriver fenomenet at mennesker påfører seg smerte med vilje. Disse kan være selvskading, selvmordsforsøk, selvdestruktiv atferd, parasuicid, selvmutilering, og villet egenskade. Jeg har valgt å benytte begrepene *selvskade* og *selvskading* og *selvpåført smerte* i denne studien. Felles for alle er at de beskriver den destruktive atferden kvinnene retter mot sin egen kropp. Når jeg omtaler denne gruppen

kvinner har jeg benyttet *selvskaderen*, *selvskaderne* og *selvskadende* da det er en god samlebetegnelse, og det er det som benyttes i dagligtalen når kvinnene eller gruppen omtales. Ellers bruker jeg *hun/henne*, *kvinnen(er) /kvinnene* eller *damen/damene* når jeg omtaler den/de som selvskader. Jeg har eksempelvis byttet ut «personer med psykiske lidelser» med kvinner med psykiske lidelser.

I forhold til personer som arbeider i hjelpeapparatet har jeg brukt *hjelper* og *profesjonsutøver* om hverandre. Begrepene beskriver ingen spesifikk helseprofesjon og er rettet mot personer som generelt arbeider med selvskadende i hjelpeapparatet. *Bruker* er også benyttet for å beskrive de selvskadende når de er i kontakt med eller i relasjon med representanter som arbeider i hjelpeapparatet, de er brukere av systemet. Når jeg nevner ordet *behandling* er det ikke forbeholdt leger eller psykologer, men viser til det endringsarbeidet eller den behandlingen kvinnene møter i hjelpeapparatet generelt.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med kapittel 1 som gir en kort introduksjon til bakgrunnen for valg av tema, samt at problemstillinger blir presentert. Eller blir det kort gjort rede for avgrensing og begrepsavklaring, annen forskning på området og problemstillingen i lys av sosialt arbeid.

Kapittel 2 tar for seg hva selvskading er og omfanget av det. I tillegg gis et innblikk om kvinner som selvskader, og kompleksiteten rundt fenomenet i forhold til risikofaktorer for å utvikle atferden og de psykiske lidelser og problemer den ofte medfører. Det blir også redegjort for myter og holdninger rettet mot selvskade i vårt samfunn, reaksjoner profesjonsutøvere ofte får i møte med fenomenet, samtidig som det nevnes hvordan man kan være en god hjelper. Viktigheten av å kunne kommunisere godt og skape tillitt med den selvskadende beskrives også. Til slutt nevnes selvskadedes rettigheter på respektfull behandling i møte med hjelpere og profesjonsutøverens behov for kunnskap om fenomenet når de arbeider med selvskading.

Kapittel 3 søker å gi en detaljert omtale av den kvalitative tilnærmingen som er benyttet i studien. Det redegjøres for hvordan min forforståelse påvirket valg av tematikken, samt

hvilken vitenskapsteoretisk forståelsesramme som er utgangspunkt for det som studeres. Deretter blir mine valg både i forhold til rekruttering og intervjuing av informanter, transkribering av intervjuene samt resten av analyseprosessen nøye beskrevet. Kapittelet avsluttes med en diskusjon rundt studiens reliabilitet og validitet, og ulike etiske betraktninger jeg som forsker og fagperson erfarte gjennom forskningsprosessen.

I kapittel 4 blir informantene kort presentert med fiktive navn, og det blir gjort rede for de sentrale funnene i undersøkelsen. Resultatene hadde alle utgangspunkt i positive og negative opplevelser kvinnene hadde gjort seg gjennom sin fartstid i hjelpeapparatet. I kapittel 5 vil sentrale funn bli drøftet opp mot annen teori og forskning på området. Temaene diskusjonen tar for seg er kunnskap om selvskadingens dynamikk som en nødvendighet i alle møter, respekt og profesjonalitet fra hjelpere fører til gode opplevelser og at det er en rettighet å motta respektfull behandling i møte med hjelpeapparatet.

Til slutt kommer en konklusjon på grunnlag av de forskningsspørsmål som ble stilt opp mot funnene som kom frem i undersøkelsen. Hovedlinjene i studien og noen punkter om hva som kan ha betydning for det videre arbeidet på området blir oppsummert.

1.6 Forskning på området

Dette kapittelet gir en kort oppsummering over tidligere forskning på området. Jeg benyttet Google Scholar for å lete meg frem til informasjon, samt databasene idunn, bibsys, sagepub, uit, uio og så videre. Jeg forsøkte med søkeord som selvskading, selvmutilering i kombinasjon med kvinner, samt self- injury, self -harm, self – mutilation kombinert med women. I tillegg søkte jeg med setninger som eksemplvis self- harm amongst women, selvskading i Norge, Self- injury in United Kingdom og så videre. Søkeresultatene gav mye av den samme forskningen i forhold til selvskading, deriblant studier hvor hjelperes perspektiver i forhold til tematikken kommer frem, samt noen studier hvor selvskadere hadde deltatt som informanter.

Det viser seg at å forske på selvskading og dens dynamikk er relativ «ny» i tiden. Og behovet for generell forskning på området og utvikling av kunnskap poengteres flere steder (Hammer m.fl 2013; Mcallister 2003; Mchale og Felton 2010; Ribe og Mehlum 2015; Taylor m.fl 2009).

Jeg har gjennom min fordypning av temaet fått en helhetlig oversikt over hva som finnes av forskning området. Jeg har sett at det eksisterer en rekke undersøkelser knyttet til selvskadingens funksjon og meningen med den, betydningen av medfødt sårbarhet og traumer tidlig i livet og utvikling av selvskadende atferd, sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvskadende atferd, hvilke behandlingsmetoder som er relevant å benytte på denne gruppen av mennesker. De fleste undersøkelser som er foretatt er gjort på damer og i ungdomspopulasjoner (Rubæk 2009; Sutton 2007).

I min søken etter kunnskap og relevant forskning finner jeg undersøkelser både fra Norge og verden for øvrig som sier noe hjelperes holdninger i møte med selvskadende (Gibb, Beautrais og Surgenor 2010; Mchale og Felton 2010; Rossberg og Friis 2003; Rovik 2007; Shaw og Sandy 2016).

Undersøkelser i forhold til å gi et helhetlig bilde av kvinnelige selvskaderes egne perspektiver i forhold til hvordan de opplever å bli møtt eller ønsker å bli møtt i det offentlige hjelpeapparatet, har knapt vært gjenstand for forskningsarbeid i Norge. De fleste studiene som er foretatt er gjort mens damene har vært innlagt eller var i kontakt med avdelinger i sykehus eller andre institusjoner. Disse har vært rettet mot spesifikke deler av hjelpeapparatet (Hammer m. fl 2013; Rovik 2011).

Undersøkelsen til Rovik (2011) hadde fokus på hvilke erfaringer selvskadende gjorde seg i forhold til miljøterapi mens de var innlagt i psykiatriske avdelinger i Norge. Her ble 13 kvinner og en mann intervjuet via spørreskjema. Studien viste at de selvskadende opplevde å ha positive erfaringer i møtet med hjelpere når personalet var tilgjengelig for dem i form av fysisk og psykisk tilstedeværelse, at de var engasjert og genuint interessert i dem ved å utøve god omsorg også i vanskelige situasjoner. Videre hadde de en opplevelse av at miljøpersonalet gjennom dette skapte situasjoner i avdelingen som stimulerte positive indre prosesser i dem. Negative erfaringer var knyttet til en opplevelse av at miljøpersonalets strategier ikke imøtekom deres behov for omsorg, og til en opplevelse av at miljøpersonalet med dette skapte situasjoner i avdelingen som sementerte deres problematikk. Eksempelvis ved at de følte seg krenket når de opplevde å bli behandlet på en mindreverdig måte, og når de ble tilsnakket av miljøpersonale som de opplevde som harde, brautende, ufølsomme, respektløse og infantiliserende. Tilsvarende ble en kvalitativ studie, hvor 5 selvskadende kvinner i alderen 23-28 år deltok, utført i 2013. Fokus her var å utforske hvordan damene opplevde at bedringsprosessen fremmes under døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern.

Ulike perspektiver knyttet til hjelperes behandling i møter med kvinnene kom frem (Hammer m. fl 2013).

Studien til Lindgren m. fl (2004) ble foretatt i Sverige og ni selvskadende kvinner i alderen 19-35 år deltok. Alle var involvert i omsorg ved en psykiatrisk klinikk. Formålet med studien var å beskrive hvordan damene opplevde å motta hjelp og omsorg og hvordan de selv ønsker at de skal motta dette. To hovedtema ble funnet. Det første viste at det å forvente å bli bekreftet mens man blir bekreftet fremmer forventninger, og det andre handlet om at å forvente å bli bekreftet når man ikke blir bekreftet demper forventningene. Begge hovedtemaene var resultatet av flere deltema som kom frem av positive og negative aspekter. Disse omhandlet det å bli sett, ikke bli sett, bli verdsatt, ikke bli verdsatt, å bli stigmatisert og å ikke bli stigmatisert og å bli forstått eller å ikke bli forstått og så videre. Av stor betydning var det at hjelpere så på selvskadende som mennesker, og at de forsto viktigheten av at det å bekrefte de selvskadende fører til fremming av forventninger hos dem.

En annen undersøkelse ble utført i forhold til opplevelser ved sykehus i England i 2000. Her deltok seks selvskadende kvinner i alderen 20-45 og dataene ble samlet inn via brev. Her kom det frem at damene opplevde å bli møtt med fiendtlig pleie. Det omfattet hendelser som de hevdet var traumatiserende, ydmykende og uhyggelige. De uttrykte at de ble møtt med lite forståelse og uvennlige holdninger. Eksempelvis sa de at de hadde fått kommentarer som at de kastet bort ressursene til helsepersonellet, at de var egoistiske og at de måtte ta hensyn til de som virkelig var syke. De uttrykte også at de ble nektet behandling på grunn av sin oppførsel (Harris 2000).

Taylor m.fl (2009) har foretatt en undersøkelse gjennom ulike databaser hvor de identifiserte kvalitative og kvantitative studier fra hele verden som belyste selvskaderes perspektiver knyttet til deres opplevelser og erfaringer i møte med hjelpeapparatet. 31 studier møtte inklusjonskriteriene for studien og viste at til tross for variasjoner i helsesystemene i verden, var deltakernes opplevelser meget like. Dårlig kommunikasjon mellom hjelpere og brukere, og stor mangel på kunnskap blant hjelpere når det kom til selvskading var gjentakende og felles tema i de fleste av studiene. Flere av deltakere foreslo at psykososial rådgivning og tilgang til videre oppfølging må forbedres.

Behovet for forskning hvor selvskaderes egne perspektiver knyttet til hvordan de selv opplever å bli møtt og behandlet av hjelpere kommer frem nevnes som nødvendig (Hammer m.fl 2013; Rovik 2011; Taylor m.fl 2009).

2.0 Hva er selvskading?

Det er stor uenighet og forvirring rundt hvordan begrepet «selvskading» skal defineres. Det eksisterer mange ulike definisjoner og de er ofte uklare (Mcallister 2003; Rubæk 2009; Walsh 2006). Den manglende enigheten på definisjonsområdet setter sammenlikningsmulighetene på tvers av studier i dårlig lys, noe som er en ulempe både for utvikling av forskning for teoridannelse og behandling av selvskadende atferd (Rubæk 2009). Thorsen (2006) nevner viktigheten av å holde fenomenene selvmord og selvskading atskilt fra hverandre, samtidig som at det heller ikke er riktig å lage skarpe skillelinjer mellom dem. Kort forklart så handler det om at de som selvskader ikke ønsker å dø men har et ønske om å regulere, lindre eller fjerne negative og uutholdelige følelser, tanker og atferd (Favazza 2011). Dette kan være følelser som angst, fortvilelse, sinne eller opplevelser av kaos eller dissosiasjon (Mehlum og Holseth 2009). Selvskadingen utføres også som et ledd i kommunikasjon til andre for å uttrykke et behov for hjelp eller for å uttrykke smerte (Favazza 2011). Videre kan skadingen bli en måte å kontrollere sitt eget liv på eller relasjonen til andre mennesker (Ribe og Mehlum 2015). Forskjellen mellom selvmord og selvskade ligger i intensjonen bak selve handlingen. De som begår selvmordsforsøk ønsker å dø mens de som selvskader ikke ønsker det (Favazza 2011; Mcallister 2003). Det finnes som nevnt ikke noe skarpt skille mellom disse og hensikten kan brått skifte. De som selvskader kan ha suicidale tanker og unntaksvis begår noen selvmord når livet blir uutholdelig og selvskadingen mister sin hensikt som mestringsstrategi. Det som begynte som selvskadehandling kan ende som et selvmordsforsøk (Ribe og Mehlum 2015; Sutton 2007). Selvskadehandlinger er risikable og ulykker med døden til følge kan skje som et resultat av blodtap ved kutting av hovedårer, eller dypere kutting enn først tenkt (Sutton 2007). Videre nevner Ribe og Mehlum (2015) at de fleste som selvskader har gjort et eller flere selvmordsforsøk.

Selvskading defineres på følgende måte i denne studien:

«Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg selv skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle eller overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt». (Thorsen 2006, s. 5).

Man skiller mellom direkte selvskading og ikke-direkte selvskading. Den direkte selvskadingen innebærer at man aktivt påfører kroppen sin sår, smerte og skader (Sutton 2007; Walsh 2006). Kroppsskaden skjer umiddelbart, og handlingen kan skje en gang eller flere ganger (Walsh 2006). Den direkte selvskadingen kan skje i form at kutting eller risping i kroppsdelene som eksempelvis armer, legger og lår eller ved brenning og skålding med vann, strykejern, kokeplater eller åpen flamme. Det kan også skje ved at personen stikker glass eller andre gjenstander inn i naturlige kroppsåpninger eller inn i sår og rifter. Svelging av farlige stoffer, tabletter og etsende væsker er også vanlig, samtidig som at noen svelger større gjenstander som kniver, gafler, eller glass (Thoresen 2006). Den ikke-direkte selvskadingen handler mer om kroppspraksiser som er destruktive for liv og helse. Dette kan være røyking, spiseforstyrrelse, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner (Sutton 2007). I motsetning til direkte selvskade så skjer denne type skade over tid. Den beskrives som opphopet og utsatt, da skaden den gjør med kroppen ikke skjer umiddelbart (Walsh 2006). I litteraturen legges det også fokus på at de som selvskader ofte gjør det på ulike måter, og at den direkte - og ikke direkte selvskadingen ofte oppstår om hverandre (Sutton 2007; Walsh 2006). I undersøkelsen til Klonsky (2011), utført i USA hvor både damer og menn var informanter, viste det seg at 20 % av de 439 som deltok selvskadet seg direkte samtidig som de var påvirket av rusmidler. Nesten tilsvarende funn kom frem i studien til Favazza og Conterio (1989) hvor selvskadende kvinner deltok. Her selvskadet flere av de direkte samtidig som de hadde spiseforstyrrelser.

2.1 Omfang og kjønnsforskjeller

Selvskading oppleves som et relativt «nytt» fenomen og det er mangel på forskning på omfanget av det (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Videre nevnes det at omfanget av selvskading nesten er umulig å fastslå på grunn av fravær av offisielle statistikker, mangel på sammenhenger av definisjoner og betingelsene rundt begrepet, uoverensstemmelser over rapporterte beregninger og fordi mange skadeepisoder forblir underreporterte og uoppdaget (Sutton 2007). I Norge har vi ingen nasjonal oversikt over selvskading som viser forekomst og utvikling over tid (Folkehelseinstituttet 2018). Undersøkelsen til Klonsky (2011) hvor de deltagende var mellom 19 og 92 år, viste at 4 % av alle voksne selvskader. Som regel starter

selvskadende atferd i tenårene og varer i alt fra fem til ti år. Det nevnes også at den selvskadende atferden ofte «brenner ut» med alderen etter hvert som personligheten modnes. Dette fører til at man blant annet ser at forekomsten blant 30-åringer er langt lavere enn hos tenåringer. Den «typiske» selvskader beskrives ofte som kvinne, da de er overrepresentert forskningsmessig. Det handler blant annet om at måten fenomenet blir undersøkt på retter seg mer mot kvinnelige selvskadere enn mannlige (Rubæk 2009). Forekomsten av selvskadende atferd hos damer kan være høyere enn hos menn av ulike årsaker men en av forklaringene er at kvinner kan bli tillært å håndtere vanskelige følelser på emosjonelle måter. De retter ofte følelsene og frustrasjonen inn mot seg selv i form av destruktiv atferd (McCallister 2003; Miller 1994). Dette fører til at kvinnene som oftest havner på psykiatriske avdelinger på sykehus, og det er her de fleste undersøkelser foretas (Rubæk 2009). Menn derimot, retter ofte de vonde emosjonelle følelsene ut mot andre i form utagering og vold (McCallister 2003; Miller 1994). De kan også lettere bortforklare selvskade som ulykker og slagsmål, noe som fører til at de er vanskelig å fange opp i statistikker og forskning (Rubæk 2009).

2.2 Kvinner som selvskader

I litteraturen beskrives ofte selvskadende damer som «vestlige hvite kvinner fra middel- og overklassen». De er ofte intelligente og høyt utdannet (D'Onofrio 2007). Det nevnes at man skal være forsiktig med å dra slike slutninger da det ikke nødvendigvis er representativt for å skape et helhetlig bilde av kjennetegn ved de som selvskader (ibid).

En omfattende undersøkelse ble utført av Favazza og Conterio (1989) i forhold til 240 selvskadende kvinner i USA. Dette er en av de få studiene som eksisterer hvor spesifikke karaktertrekk ved kvinnelige selvskadere beskrives. Det kom frem at kvinnene som regel starter med destruktiv atferd på egen kropp i starten av tenårene, og at det deretter ofte utvikler seg til en kronisk tilstand i voksen alder. De fleste hadde gjennomført første året på college. Over halvparten beskrev barndommen sin som ulykkelig og 62 % hadde vært utsatt for mishandling. Kvinnene var som regel overlevende av barndomstraumer av ulikt slag og da særlig i form av seksuelle overgrep. Det kom også frem at damene ofte er preget av emosjonelle utfordringer, særlig i form av å ikke klare å sette ord på følelser (72 %) og

problemer i sine relasjoner til andre mennesker. Studien viste også at kvinnene ofte har psykiske problemer og lidelser. Eksempelvis hadde 61 % av kvinnene en eller annen form for spiseforstyrrelse og flere sa de hadde slitt med ulike former for psykiske plager i lang tid (ibid). Over 70 % av damene benyttet ulike typer av selvskadende atferd. Eksempelvis hadde 57 % tatt overdose med medikamenter i tillegg til å skade seg selv direkte, og halvparten hadde vært innlagt på sykehus i forbindelse med deres selvskading. 38% hadde besøkt legevakt/akutten på grunn av selvskading. Slik det fremkommer av studien så var de fleste tunge brukere av psykisk helsevern og de var stort sett misfornøyd med tjenestene.

2.3 Risikofaktorer- hva leder til selvskading?

Risikofaktorene for å utvikle en selvskadende atferd senere i livet har dype røtter i barndom og oppvekstmiljøet til de som selvskader (Gratz 2003; Ribe og Mehlum 2015). De ulike karaktertrekkene av et individs genetiske sårbarhet, barndom og oppvekstvilkår, omsorgsrelasjoner og traumatiske opplevelser er ulikt med på å utvikle de betingelsene som fører til at personer utfører vold og skade mot sin egen kropp (Gratz 2003; Sutton 2007).

2.3.1 Medfødt sårbarhet

Mange som lever seg gjennom en grusom og uutholdelig barndom og ungdomstid, vokser opp og lever følelsesmessig stabile liv. Andre kommer fra trygge og stabile oppvekstvilkår og utvikler til tross for dette psykiske problemer i voksen alder (Clark og Henslin 2007). Det handler om medfødte egenskaper hos individet som det tar med seg inn i sitt miljø. Genetiske faktorer henger sammen med en sterkere sensitivitet overfor det psykososiale miljøet. De genetiske faktorene bidrar til å bestemme hvordan hjernen reagerer på negative livshendelser, farer og traumer. De er også bestemmende for hvor godt vi klarer å regulere følelser som angst, frykt, sinne og tristhet. Personer med slike kjennetegn vil ofte reagere raskere og sterkere på belastninger enn andre og de vil ha større problemer med å roe seg ned etter en sterk følelsesmessig reaksjon (Ribe og Mehlum 2015).

2.3.2 Traumer

De som opplever et traume får skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter og det er en reaksjon på uutholdelige hendelser. Et traume utvikles når det som skjer en person har vært så dramatisk at en ikke har kunnet reagere på annen måte enn å skille erfaringen fra normalhukommelsen (Anstorp 2014). Å utsettes for traumer, særlig i barndommen, har en sterk og gjennomtrengende virkning på de biologiske, psykiske og sosiale funksjonene til et individ (D'Onofrio 2007). Jo tidligere traumene begynner, jo lenger de varer, jo høyere antall og alvorlighetsgraden av traumatiske belastninger er, desto mer ødeleggende konsekvenser får det (Ribe og Mehlum 2015). Det kan være med på å forme menneskets oppfattelse av seg selv, hennes behendighet med å mestre eget liv, og hvordan hun utvikler funksjoner i henhold til de utfordringene som er i livet generelt (D'Onofrio 2007). Voksne som utsettes for traumer kan være bedre rustet til å takle traumet enn et lite barn, men kan få reaksjoner lik et barns (Rubæk 2009).

2.3.3 Emosjonelle overgrep, forsømmelser og fysisk vold

Emosjonelle krenkelser oppstår i ulike former og er vanskelig å oppdage da de ikke viser seg i form av synlige skader eller sår. De er tilstedeværende i alle typer overgrep og når disse foregår over lang tid kan de være like skadelig, om ikke mer skadelig for barnet enn andre typer overgrep. Konstante verbale fornærmelser er sårende, setter dype spor, og etterlater barnet i den troen på at det ikke fortjener kjærlighet og hengivenhet. Dette kan påvirke barnets emosjonelle og sosiale utvikling (Sutton 2007). Barn som konstant lever under slike forhold kan ofte internalisere krenkelsene overfor seg selv og bli selvkritiske. Forsømmelse er også et lumskt overgrep og handler om at barnets grunnleggende behov ikke ivaretas.

Omsorgspersonene imøtekommer ikke barnet med kjærlighet, omsorg, varme, trygt miljø, mat og vennlighet. Det er rett og slett ingen som er tilstede for barnet. Fysisk vold handler om at personer påfører fysiske skader på barnet som ikke er forårsaket av ulykker. Det kan skje i form av fysisk straff eller vold som resulterer i skader eller død (ibid).

2.3.4 Seksuelle overgrep

Rubæk (2009) hevder at seksuelt misbruk er et traume som særlig disponerer for selvskadende atferd. Jo tidligere, hyppige, langvarige og incestuøse de seksuelle overgrepene er, jo mer

forsterkes denne disposisjonen. I tillegg nevner hun at den subjektive opplevelsen av overgrepets alvorlighetsgrad har betydning for senere status av selvskade.

Mesteparten av seksuelle overgrep av barn begås av noen det har tillitt til. Seksuelle overgrep omfatter enhver form for fysiske eller psykiske seksuelle overgrep eller krenkelses. Barnet er ikke i stand til å samtykke i handlingen på bakgrunn av alder, modenhet eller trusler (Aasland 2014). Den seksuelle relasjonen handler om at en voksens seksuelle behov rettes mot et barn, hvor den voksnes behov dekkes på bekostning av barnets egne behov. Barnet introduseres for en voksen seksualitet som det ikke er modent for, og som i tillegg er ribbet for innlevelse, hengivenhet og gjensidighet (Søftestad 2005). Barnet kan la være å betro seg om misbruket til andre voksne da de legger skylden på seg selv, ikke er klar over at misbruket er feil, liker den spesielle oppmerksomheten fra overgriper, frykt for ikke å bli trodd, følelse av skam og flauhet og mangel på språk for å forklare overgrepet (Sutton 2007). Da barnet eller den voksne ikke klarer å snakke åpent om overgrepene kan de heller ty til selvskadende atferd. I voksen alder ser man at selvskading kan bli en måte å takle minnene av overgrep i barndommen på, da traumeutsatte aldri helt klarer å glemme eller snakke åpent om overgrepene (McCallister 2003). Etter som seksuelle overgrep ofte skjer i tilknytningsforhold vil tilknytningssystemet og tilliten til andre mennesker bli traumatisert. Dette fører til redusert kapasitet for utvikling av trygge tilknytninger senere i livet, og til å regulere følelser (Anstorp 2014).

2.3.5 Tap av omsorgspersoner

Sutton (2007) skriver at han gjennom sin forskning har funnet ut at tapet av hovedomsorgsgiver ved død, skilsmisse eller separasjon kan føre til selvskading senere i livet. Videre skriver Walsh (2006) at personer som har mistet en forelder i løpet av barndommen kan være ekstra utsatt til å miste enkelte relasjoner senere i livet.

2.4 Reaksjoner på traumatiske hendelser

2.4.1 Dissosiering

Det er dokumentert flere steder i litteraturen at dissosiasjon er en av de mekanismene som gjør traumatiserte mennesker særlig tilbøyelig til å skade seg selv. Dissosiasjon oppfattes som en respons på overveldende begivenheter og bruken av den som primær psykologisk forsvarsmekanisme styrkes ved langvarige og gjentakende traumeopplevelser. Når overgrep skjer tidlig i livet tar barnet i bruk en fluktmekanisme i enorme faresituasjoner hvor fysisk flukt er umulig. Da skjer det en oppløsning eller spalting av bevisstheten og selvintegrasjonen. For å beskytte seg mot overgrepets psykiske og fysiske smerte gjør barnet seg følelsesløst og usårlig ved at det mentalt er et annet sted (Rubæk 2009). Med andre ord så er det en overlevelsestrategi som fører til at barnet ikke husker eller føler noe under mishandlingen (Anstorp 2014). Etter hvert skal det mindre og mindre til for å utløse ulike former for reaksjoner. Dissosiasjonen fungerer på kort sikt, altså under traumet, som et forsvar, men på lang sikt kan tilstanden blant annet utvikle seg til en kronisk lidelse. Voksne selvskadende opplever ofte dissosiasjon i samspill med selvskade (mer om dette under punkt 2.5.1)

(Rubæk 2009).

2.4.2 Negative selvinstruksjoner, skyld og skam

Mange av de som selvskader kjenner ofte på negative følelser og tanker om seg selv. Disse sitter ofte dypt og ble innkapslet hos kvinnene allerede i tidlig barndom. Særlig vil mennesker som har vært utsatt for traumer og som har opplevd mye kritikk tidlig i livet, samt som har en medfødt sårbarhet være ekstra utsatt for dette. De vil komme til å reagere ekstra intenst på slike følelser (Øverland 2006). Følelsene de kjenner på kan være at en ikke er verdifull, er ond, ikke er bra nok, at en ikke fortjener noe godt og så videre. Disse emosjonene blir til negative selvinstruksjoner som fører igjen til dårlig selvfølelse, følelser av å mislike seg selv sterkt, selvhat og avsky (Sutton 2007). Traumer som eksempelvis seksuelle overgrep og forsømmelse i barndom holdes ofte hemmelig og barnet sitter ofte med følelser som skyld, bebreidelse og skam. Hvis barnet i tillegg forsøker å betro seg men ikke blir trodd forsterkes

ofte disse følelsene (Mcallister 2003). Den voksne damen har også ofte en dyp følelse av skam (Sommerfeldt og Skårderud 2009) og negative selvinstruksjoner får fritt spillerom når følelsen av skam er sterk (Øverland 2006). Kvinnene kan forsøke å dempe sin selvforakt ved å selvskade og skaden kan fungere som en måte å straffe seg selv på. Skammen forsterkes enda mer når man etter selvskaden sitter igjen med sårene og arrene (Sommerfeldt og Skårderud 2009).

2.5 Psykiske lidelser og problemer

Alle disse områdene omhandler erfaringer med ødelagte og forstyrrede relasjoner for kvinnene som barn og de er med på å utvikle en emosjonell dysregulering. Det kan bli vanskelig å opprettholde gode relasjoner til mennesker senere i livet, de opplever sosial fremmedgjøring, har utydelige mellompersonlige grenser, og stor indre smerte som fører til at de selvskader for å regulere sine følelser. Mange opplever å være i konflikt med familie, venner, kjærester og autoritære personer, noe som trigger og fører til at de tyr til selvskading (Favazza 2011). Det poengteres at det er en klar sammenheng mellom medfødt sårbarhet og en traumatisk barndom, og utviklingen av psykiske lidelser eller problemer senere i livet (Emmelkamp og Kamphuis 2007). Å skade seg selv er noe som sjelden oppstår «alene» og mange kjemper mot en eller flere problemer og lidelser samtidig som de kjemper mot selvskading (Clark og Henslin 2007; Mcallister 2003; Sutton 2007; Thorsen 2006; Øverland 2006). Dissosiative lidelser, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), personlighetsforstyrrelser og depresjon og angst er blant annet eksempler på hva kvinnene kan lide av (Favazza 1989; Rubæk 2009; Sutton 2007).

Det skal også nevnes at selvskading fremkommer i en stor del av normalpopulasjonen uten at de trenger å ha noen psykisk lidelse eller som ikke har fått den diagnostisert (Øverland, 2006). Samtidig finnes det også overlappende symptomer ved de ulike diagnosene, noe som fører til at det kan være vanskelig å skille særpregene ved hver enkelt av de fra hverandre (Anstorp 2014). Det blir ikke gått ytterligere i dybden på dette i studien da det ikke sees som relevant for problemstillingen.

2.5.1 Dissosiative lidelser og selvskading

Mange selvskadere lider av dissosiasjon og dissosiativ lidelse. Formen og graden av dissosiasjon som oppstår som følge av traumer kommer i flere nyanser og alvorlighetsgrader (Rubæk 2009; Sutton 2007). Videre hevder Miller (1994) at det som fungerte som beskyttelse for barnet, er det som fører til at den voksne kvinnen ikke klarer å utvikle nødvendig selvbeskyttelse når hun er voksen. Dette da hun vil fortsette å dissosiere da hun ikke har lært passende og effektive måter å beskytte seg selv på. Felles for alle typer av dissosiasjon er at sammenhengen mellom følelser, tanker og språk brytes. Damene kan oppleve å bli redde uten grunn, at det er tidstap i løpet av dagen og energien går med til å unngå å kjenne, unngå å relatere seg til noe og unngå å huske (Anstorp 2014). Det som i barndommen var en strategi for å overleve ved at den tillot barnet å koble vekk psykisk under traumet kan hos voksne sette begrensinger. Det handler om at det følelsesmessige innholdet i de traumatiske opplevelsene på ulike måter kan fortsette å styre personens liv i årene etter påkjennningene fant sted (Anstorp 2014, Sutton 2007). Overlevelsesmåten er også en lidelse og er klassifisert i det diagnostiske systemet ICD-10 (WHO 2018). I tillegg til å være plagsomme, har de som rammes av dissosiasjon høy risiko for å utvikle selvskadende atferd (Rubæk 2009).

Selvskadingens funksjon i forhold til de dissosiative tilstander er kompleks (Rubæk 2009). Kvinner som selvskader gjør det ofte for å oppnå en indre følelsesmessig endring og ofte er det for å flykte fra ubehagelige og påtrengende minner og følelser som minner om incest eller overgrep. Damen kan være plaget av flashbacks, i form av indre bilder eller film av traumatiske situasjoner. Det å selvskade kan dermed være en måte å komme ut av eller forhindre at den dissosiative tilstanden oppstår (Sutton 2007; Thorsen 2006). Mye av årsaken til at dette skjer er fordi kvinnen opplever at skadingen har en livgivende funksjon. I dissosiasjonen har damen en følelse av å gå i oppløsning, er en fremmed overfor sin kropp og ute av kontakt med seg selv. Selvskadingen vil da tilbakeføre en opplevelse av reintegrering som får personen til å føle seg levende, menneskelig og hel igjen. Samtidig kan det å selvskade ha omvendt funksjon, at den forårsaker eller inntreffer samtidig med en dissosiativ tilstand. Det skjer ved at personen kobler seg vekk fra en vond situasjon og selvskadingen brukes til å fremkalle en tilstand av følelsesløshet og fremmedhet når øyeblikkets virkelighet blir for mye å takle. Det er smertepåvirkningen som er årsaken til den dissosiative tilstanden i det den innebærer så mange assosiasjoner til tidligere traumer, at dissosiasjon blir den eneste reaksjon og beskyttelsesmekanisme. Det skal også nevnes at mange selvskadere opplever at

de under selvskadeepisoden kommer i en transeaktig tilstand som kan tolkes som en medfølgende dissosiasjon (Rubæk 2009). Clark og Henslin (2007) hevder at særlige problemer kan oppstå for selvskadende som dissosierer før og under selvskadeepisoden. Det handler her om at personen går inn i en transeaktig tilstand, skader seg selv og ikke kjenner fysisk smerte mens dette skjer. Personen kan etter selvskadingen «komme til seg selv» og ikke huske noe av episoden eller hvordan skadene oppsto (Clark og Henslin 2007; Sutton 2007). Flere av de som opplever dette forteller at de ikke kjenner smerter under handlingen, og at det kan gå flere timer eller dager før de kjenner smerte og ubehag (Walsh 2006).

2.5.2 Personlighetsforstyrrelser og selvskading

Ifølge det diagnostiske systemet ICD -10 inkluderer personlighetsforstyrrelser en rekke tilstander og atferdsmønstre som er vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Det finnes flere ulike typer personlighetsforstyrrelser, men i denne studien er det ikke rom eller plass til å gå i dybden på hver enkelt. Lidelsene kan være innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som viser seg gjennom rigide reaksjoner i personlige og sosiale situasjoner. Personlighetsforstyrrelsene er ofte forbundet med varierende grader av subjektivt ubehag og svikt i sosiale ferdigheter (WHO 2018). Gjentatt selvskading finner ofte sted hos kvinner med personlighetsforstyrrelser. Ved den emosjonelle ustabile personlighetsforstyrrelsen fremkommer det hos de fleste, og opp mot 70 % av de med den sistnevnte typen rapporterer at de har påført seg selv skade av en eller annen grad. Damene er ofte preget av intense negative emosjoner og har nedsatt evne til å regulere og holde ut med disse i mellommenneskelige sammenhenger. Selvskadingen kan gi kortvarig lindring av den indre smerten forbundet med dysregulering av emosjoner (Urnes 2009). Den ustabile emosjonelle personlighetsforstyrrelsen handler om at kvinnene har manglende evner til å tolerere ubehagelige følelser, redusere spenninger, tåle stress og kjenne selvkontroll (Sommerfeldt og Skårderud 2009). En psykolog ved navnet Linehan hevder barn med medfødt sårbarhet som vokser opp i et ugyldiggjørende og negativt miljø vil som voksen ikke lære seg å gi naturlig uttrykk for følelser eller reaksjoner, kvinnen kan bli overveldet av følelser, reagere mer intenst enn andre og få stressreaksjoner som alt i alt kan føre til selvskade foran adekvate måter å løse opp i problemene. De preges dermed at et emosjonssystem som er overaktivert og oversensitivt, blir ofte impulsive og tyr dermed ofte til selvskade (Linehan 1993). Dette har

alvorlige omkostninger for damen i form av skade på kroppen, skamfølelse og kompliserende konsekvenser for deres mellommenneskelige fungering og forholdet til familien og omverdenen generelt (Urnes 2009). Det poengteres også at kvinnenens relasjoner til andre og omverden ofte er kaotisk, intens og markert av vanskeligheter, og de har ofte vanskeligheter med å gi slipp på relasjoner. Videre nevnes det at de klarer seg bra når de er i stabile, trygge og positive relasjoner med mennesker, men fungerer dårlig nå de er i ustabile relasjoner.

2.5.3 Posttraumatisk stress lidelse (PTSD)

Ifølge ICD-10 oppstår PTSD som en forsinket eller langvarig reaksjon på belastende livshendelser eller situasjoner av usedvanlig truende eller katastrofal art. Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, med en vedvarende fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis forbundet med ovennevnte symptomer og tegn. Ikke sjelden oppstår selvmordstanker (WHO 2018). Flere av de som selvskader rapporterer at de opplever post- traumatisk symptom som de nevnt overfor (Sutton 2007) og mange utvikler derfor PTSD eller symptomer liknende de i kriteriene for lidelsen

(Clark og Henslin 2007; Sutton 2007).

2.5.4 Andre psykiske utfordringer hos kvinnene

Det ble under punkt 2.0 nevnt at direkte og ikke- direkte selvskading kan vise seg i en form for overlappende fenomener da flere benytter en eller flere måter av destruktiv atferd til samme tid (Sutton 2007; Walsh 2006). Flere selvskadende sliter også med psykiske lidelser som angst og depresjon, spiseforstyrrelser og rusproblematikk (Favazza 2011). Det blir ikke gått nærmere inn på disse utfordringene i denne oppgaven og de nevnes derfor bare kort. I tillegg er det ikke alle som selvskader som har en eller flere psykiske lidelser. Flere av personene har ikke lært hvordan man uttrykker følelser på en konstruktiv måte. Et ønske om å fremstå som perfekt, å dømme seg selv for hardt, dårlig selvbilde, å føle avsky mot seg selv og rette sinnet mot seg selv er ofte følelser selvskadende sitter med (Sutton 2007).

3.0 Selvskading – en utfordring

Selvskadende som særlig er i kontakt med hjelpeapparatet representerer en stor faglig utfordring for helsepersonell (Walsh 2006). Det nevnes at flere selvskadere rapporterer at de blir møtt avvisende, lite i imøtekommende, med sinne og aggresjon samt med negative kommentarer. I tillegg nevnes det flere steder i litteraturen og i forskningen at hjelpere sitter med negative og stigmatiserende holdninger rettet mot denne gruppen mennesker (Harris 2000; Lindgren m.fl 2004; Mehlum og Holseth 2009; Ribe og Mehlum 2015; Rovik 2011; Rubæk 2009; Taylor m.fl 2009; Thorsen 2006).

3.1 Myter og holdninger

Det finnes en rekke myter og misforståelser i samfunnet knyttet til selvpåført skade. Ulike stereotypier bidrar til å opprettholde myter, stigmatisering og fordommer overfor de som sliter med problematikken i live (Sutton 2007). Kvinnene har tradisjonelt sett blitt beskrevet på en nedsettende måte både av likemenn og helseprofesjoner. De som ofte er involvert i selvskadende kvinner på en eller annen måte setter stempler på dem som «ville - eller gale kvinner som er onde». I psykisk helseverns kontekst beskrives de ofte som «utagerende», «manipulative» eller «borderline» (Miller 1994). Dette har blant annet ført til at selvskadende ofte blir møtt av negative og stigmatiserende holdninger generelt i samfunnet (Ribe og Mehlum 2015).

3.1.1 Behandling av det som er «friskt»

Det smerter helsepersonell å se at enkelte kvinner har så vondt i sjelen at de drives til å maltraktere sin egen kropp for å oppleve lettelse i kort tid. Samtidig så er det uforståelig for mange at man i en kultur hvor de fleste mennesker grovt sett kan unngå fysisk smerte, ser økte forekomster av selvpåført smerte (D'Onofrio 2007). Det handler om at man er vant til å behandle mennesker som uforskyldt er blitt syke eller skadet, eller der skaden ikke var hensikten med handlingen. Hjelpere er derimot ikke vant med at mennesker kommer igjen og

igjen med de samme skadene eller samme type skader, hvor reparasjonsforsøkene blir sabotert (Thorsen 2006). Walsh (2006) nevner at de fleste former for selvskade inkluderer vevskader med blant annet mye blod, og at det i seg selv er sjokkerende å se. Videre nevner Rubæk (2009) at uansett hva profesjonsutøvere foretar seg for å hjelpe, så kan personen fortsette å skade seg selv alvorlig og hyppig. Samtidig kan hjelpere oppleve at den selvskadende avviser alle forsøk på å motta hjelp. Hos profesjonsutøvere er hovedfokuset i kompetansen å hjelpe andre mennesker. Deres tro på sin kompetanse utfordres kraftig i møte med selvskadende og hjelperen opplever ofte stor usikkerhet. Alle disse faktorene fører til at hjelperens omsorg lett kan forvandles til sinne og hat i forhold til den selvskadende. Frustrasjonen profesjonsutøvere opplever overfor det den selvskadende gjør mot seg selv, fører lett til at hjelpere forhåndsdommer, og dermed møter kvinnene med bebreidelser og sanksjoner som ikke rammer den øvrige delen av den psykiatriske befolkningen. Dette fører blant annet til at kvinnene ofte får hjelp på en utilfredsstillende og krenkende måte (D'Onofrio 2007). Walsh (2006) skriver at hjelpere kan komme til å «straffe» klienter som påfører seg selv skade ved å trekke tilbake helsemessige goder.

3.1.2 Å selvskade for å få oppmerksomhet

En av de mest kjente mytene knyttet til problematikken sier at personer som skader seg selv først og fremst gjør det for å få oppmerksomhet. Egentlig handler det om det stikk motsatte (Ribe og Mehlum 2015). Sutton (2007) hevder at alle trenger oppmerksomhet og hengivenhet for å føle seg spesiell, verdsatt, og verdifull og at flere av kvinnene ikke fikk disse livsviktige anerkjennelsene som barn. Dette fører til at barna ikke utvikler en sunn emosjonell helse. Mange føler på ensomhet, isolasjon, dårlig selvbilde, tilknytningsproblemer, psykisk stress og er psykisk sårbare for å takle overveldende emosjoner. De bærer ofte på en sterk indre smerte som de ikke klarer å gi uttrykk for verbalt eller som ikke blir møtt, og ender opp med å skade seg selv (ibid). Det er et ledd i å kommunisere til andre og et uttrykk om behov for hjelp eller for å uttrykke indre smerte (Ribe og Mehlum 2015). Nesten alltid holdes selvskadingen skjult for omverdenen. Det poengteres at de aller fleste går langt for å skjule skadene fra omverdenen ved isolering eller ved å dekke til sårene (Urnes 2009). Det handler om at de skammer seg over det de driver med og at de ikke klarer å slutte med det (Anstorp 2014). Det å kalle selvskadende for «oppmerksomhetssyk» påfører personen mer psykisk stress, samt at det kan hindre personen fra å søke nødvendig helsehjelp for sine skader (Sutton 2007).

3.1.3 Den «manipulative» selvskadende

Kvinner som påfører skade på egen kropp og som er overlevende av barndomstraumer, får ofte satt diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (også kalt «Borderline», se punkt 2.5.2). Som nevnt overfor blir selvskadende atferd ofte sett på som et oppmerksomhetssøkende verktøy og en av de måtene kvinnene med denne diagnosen forsøker å tiltrekke seg fokus fra andre på. Videre nevnes det at en av symptomene ved lidelsen er at kvinnen plasserer alt rundt seg i kategorier som «god eller dårlig». I samspill med hjelpere eller andre mennesker vil de bli oppfattet som «dårlige eller gode», og kvinnen «splitter» de fra hverandre ved å sette de opp mot hverandre. Konsekvensene av dette blir ofte at hjelpere lar aggresjonen gå utover kvinnen, foran å forsøke å være tålmodig i behandlingen av henne, og å forsøke å forstå årsakene til atferden (Miller 1994). Det poengteres også at flere selvskadende får diagnosen likevel om personen mangler flere av de symptomene som er i kriteriene som klassifiserer en for å ha lidelsen (McCallister 2003). Uansett vil en slik «merkelapp» gi negative konsekvenser for kvinnene da det er med på påvirke måten andre mennesker oppfatter de på, og mangel på forståelse av det helhetlige sykdomsbildet hos kvinnene. Dette er videre med på å påvirke valg av tilnærming for behandling (McCallister 2003; Sutton 2007).

3.2 Reaksjoner hos hjelpere

Felles for alle som jobber med mennesker som selvskadere er at man blir påvirket (Øverland 2006). Hjelpere som arbeider tett på selvskadende får reaksjoner både av fysisk, psykisk og mellompersonlig karakter, og flere av disse kan komme til å true behandlingen selvskadende får innad i hjelpeapparatet (Walsh 2006). Det poengteres at når man arbeider med mennesker med psykiske lidelser så er det viktig å ta egne reaksjoner på alvor. Å erkjenne og bearbeide egne reaksjoner er viktig for å unngå å bli skremt av disse eller speile uterapeutiske reaksjoner tilbake til den selvskadende (Øverland 2006).

3.2.1 Opplevelsen av maktesløshet

Øverland (2006) skriver at maktesløshet er en følelse hjelpere må forholde seg til når en jobber med kvinner som selvskader. Profesjonsutøvere vil oppleve situasjoner som er vanskelig å være i og hvor man ikke klarer å hjelpe. Fortvilelsen hjelpere kjenner på over å ikke kunne gi behandlingen de mener den selvskadende fortjener kan føre til at man føler seg maktesløs (Rubæk 2009). Profesjonsutøvere reagerer ulikt og en kan reagere forskjellig fra gang til gang når selvskade finner sted. Følelsen av maktesløshet kan være akutt og i form av overveldende sinne, andre ganger kan man bli forvirret og målløs. Eksempelvis kan ubehagsfølelsen komme flere timer etter at den selvskadende har forlatt terapirrommet. Faren for å bli overveldet av maktesløshet er at den empatiske forståelsen og tilnærmingen til den selvskadende blir redusert. Hjelperen kan bygge opp et forsvar for å stenge kvinnens lidelse ute. Forsvaret kan føre til at den selvskadende blir møtt med strenge sanksjoner når de trenger en mer fleksibel tilpasning, eller at de møtes for utydelig når de krever tydelighet. Følelsen av maktesløshet oppleves for hjelpere som svært ubehagelig. For profesjonsutøvere som jobber i psykiatrien og med mennesker som selvskader er det kjent at slike reaksjoner kan oppstå. Det er derfor viktig med åpenhet og veiledning for hjelperne ved ulike arbeidsplasser slik at personalet kan være i forkant. Det handler da om at det er aksept til å snakke om de vanskelige følelsene slik at uterapeutisk holdning og behandling kan unngås mot kvinnene (Øverland 2006).

3.2.2 Motoverføringsreaksjoner

Det hevdes at selvskadende ofte blir møtt med motoverføringsreaksjoner både i det somatiske og psykiatriske helsevesenet (Thorsen 2006). Fenomenet kan forstås som den totale emosjonelle reaksjonen, både ubevisste følelser og bevisste følelser samt handlemåter som vekkes i hjelpere i møte med kvinnene. Reaksjonen er profesjonsutøverens måte å overføre egne følelser og erfaringer til eller på brukeren (Geirdal 2017). En del av kvinnene har såre og vanskelige erfaringer fra barndommen, og disse kan raskt bli gjenskapt i forholdet til hjelpere. Motoverføring finner ofte sted i hjelperelasjoner og aktiverer sterke følelsesmessige reaksjoner (Øverland 2006). Som hjelpere i en relasjon blir vi fylt av følelser og affekter som brukeren plasserer i oss, noe som kan føre til at profesjonsutøverens reaksjoner går utover den selvskadende og ødelegger for behandlingen. Følelser hjelperen kan komme i kontakt med når man jobber med suicidale brukere kan være angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighetsfølelse og hjelpeløshet (Jørstad 1999). Knutson (2004) hevder at det er viktig

med en kontinuerlig refleksjon rundt reaksjonsmønsteret slik at profesjonsutøveren unngår å falle ut av sin faglige rolle og komme inn i negative og destruktive forhold til kvinnen. Hjelperen må erkjenne at motoverføring finner sted og være klar over sine egne reaksjoner og uløste konflikter. Dette fordi at en eventuell motoverføring og andre reaksjoner kan påvirke relasjonen til den selvskadende og et godt behandlingsutfall (Geirdal 2017).

3.2.3 Vikarierende traumatisering

Det å arbeide med overleverer av traumatiske hendelser er belastende i seg selv og særlig over lang tid. Vikarierende traumatisering handler om at hjelperen kan komme til å utvikle/oppleve traumatiske reaksjoner lik de brukeren har, dog i mindre grad. Hjelpere fra ulike fagdisipliner er ekstra utsatt for fenomenet da de får høre om traumatiske hendelser og lidelser gjentakende ganger (Trippany, Kress og Wilcoxon 2004). Lik de fysiske sårene til de selvskadende hjelperer arbeider med, kan profesjonsutøvere utvikle sine egne indre, og forhåpentligvis forbigående sår (Sutton 2007). På lang sikt kan dette føre til at hjelperen oppfatter seg selv, verden og andre mennesker annerledes enn tidligere. Videre kan det føre til en endring innenfor den psykiske og profesjonelle funksjonen til hjelperen

(Trippany, Kress og Wilcoxon 2004). Øverland (2006) hevder at utgangspunktet for vikarierende traumatisering er profesjonsutøverens empati. Det er forutsetningen for å hjelpe den selvskadende med å forsvare seg fra ekkelhetsfølelsen samtidig som den demper hjelperens forsvar mot egne ubehagelige opplevelser. Det poengteres at det er viktig at hjelperen er oppmerksom på dette om ikke så kan en oppleve økende belastninger i behandling og ellers. Konsekvensene kan være at profesjonsutøveren blir mindre empatisk eller går ut over sin profesjonelle grense noe som igjen kan føre til mislykket behandling. Sutton (2007) nevner at det derfor er viktig at hjelperen holder kontakten med seg selv følelsesmessig ved å opprettholde en balanse mellom arbeidet med den selvskadende, hvile og rekreasjon.

3.3 Den gode hjelper

Tapet av troen på sin egen fagkompetanse og evnen til å hjelpe kan føre til at profesjonsutøvere blir hjelpeløs i møter med selvskadende. I verste fall kan det føre til at de ikke klarer å gi nødvendig helsehjelp og er med på å forhindre at den selvskadende får pleie på de områdene de trenger det mest (D'Onofrio 2007). For å unngå å bli like utslått og hjelpeløs som brukeren er, sees det som nødvendig at hjelperen klarer å skape litt avstand fra selvskaderens dramatiske skadevirkosomhet. Det handler om å benytte ferdigheter i sin profesjonelle verktøykasse som inspirerer til drivende god behandling (Anstorp 2014).

3.3.1 Selvskading som mestringsstrategi

Viktigheten av å forstå selvskading som en overlevelsesstrategi og mestringsstrategi poengteres både av Sutton (2007) og Anstorp (2014). Strategien er et resultat av traumatiske hendelser og dype følelser av maktesløshet, og beskrives som et «smertebytte» da overveldende psykisk og usynlig smerte blir til fysiske sår som er enklere å takle for kvinnen. Lettelse og trygghet oppstår etter handlingen, og hun unngår å kjenne på emosjonelle overveldende følelser (Sutton 2007). Det handler om at hjelperen forstår at selvskadingen har livreddende funksjoner, og at profesjonsutøveren viser en tydelig aksept for den mestringsstrategien som ligger bak selvskadingen. Med et slikt perspektiv hjelper man brukeren å skape mening i de skamfulle handlingene og er første skritt på veien for å endre et fastslått destruktivt mønster. En slik forståelse for selvskading har helt bestemte konsekvenser for tilrettelegging av behandling og hvordan vi møter denne gruppen mennesker (Anstorp 2014).

3.3.2 Å være i kontakt med egne følelser

Det å ha kontakt med sine egne følelser gjør det mulig å være i kontakt med andre på en ekte, autentisk måte. Dette kan kalles at nærhet en har til en selv og danner grunnlaget for nærheten til andre mennesker (Røkenes og Hanssen 2012). Hjelperens følelser spiller en avgjørende rolle for hvordan vi forstår en situasjon og hva slags relasjoner en utvikler (Eide og Eide 2017) Når man arbeider med andre mennesker er hjelperen i egenperspektivet, og i kontakt

med sine kroppsfornelemelser, emosjoner og følelser. Vårt eget følelsesliv er viktig og spørsmålet er om profesjonsutøveren kan ha følelsesmessige sperrer eller tabuområder som hindrer hjelperen i å leve seg empatisk inn i den selvskadedes opplevelsesverden (Røkenes og Hanssen 2012). Dermed er en vesentlig del av profesjonsutøverens jobb å gjenkjenne hvilke reaksjoner som aktiveres i en selv i møtet med kvinner som selvskader. Hjelperens reaksjoner legger føringer på hennes forestilling av den selvskadende og hvordan møtet blir. Hvordan disse reaksjonene håndteres innvirker på hjelpen den selvskadende får. Viktigheten av å identifisere tanker og følelser før, under og etter møtet poengteres, samt hva profesjonsutøveren faktisk gjør med tankene, følelsene og reaksjonene, og om det finnes alternative måter å håndtere disse på. Det handler om å være seg bevisst hvordan en selv reagerer i vanskelige situasjoner med selvskade, slik at en lettere kan forutse hvordan en vil reagere og øve på å håndtere situasjonen. Hjelperen må søke svar etter hvorfor en reagerer som en gjør og etter hvert utvide og endre responsregisteret. Å jobbe med mennesker som selvskader handler i stor grad om å utvide egen innsikt og eget mestringsrepertoar (Ribe og Moe 2007).

3.3.3 Å reflektere over egen praksis

Viktigheten av å reflektere over egen praksis poengteres i sosialt arbeid, men også innenfor de andre fagfeltene i helsefagene. Å reflektere er noe hjelpere gjør bevisst for å skape mening eller forandre forståelsen av det som skjer når noe overrasker, er uvant eller problematisk. Å reflektere over egen praksis kan utfordre profesjonsutøverens kunnskapssyn, holdninger og handlinger (Askeland 2006). Hjelpere står overfor mangfoldige og komplekse fenomener, både psykologiske prosesser i enkeltindivider, prosesser mellom mennesker og samspill i systemer. En profesjonsutøver må tåle ubehaget ved å forholde seg til at virkeligheten er sammensatt og flertydig. Dette gjør hjelperen ved å ha en åpen, søkende og reflekterende holdning til fenomener og prosesser som en møter i yrkessammenheng, og til sine egne erfaringer og handlinger. En reflekterende profesjonsutøver kan spørre seg selv hvilke skjulte normer som ligger under de beslutningene en tar underveis og reflektere over betydningen av egne følelsesmessige reaksjoner, og over sin rolle i omgivelsene og systemet han er en del av. Kontinuerlig refleksjon gir en mulighet til å forandre sin egen tenkemåte samt sine følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner (Røkenes og Hanssen 2012). Formålet med refleksjon er å få en bedre forståelse av praksis og hva som må gjøres for at det skal bli bedre overensstemmelse mellom praksis og de moralske normene og verdiene som hjelpere er

forpliktet av. Det er særlig tre områder refleksjon over egen praksis retter seg mot. Det første er hjelperes holdninger, som eksempelvis handler om holdningene til personalet er slik de bør være og om profesjonsutøvere viser respekt for alle pasienter. Det andre området er handlinger, og dette gjelder hvilke valg som tas i vanskelige situasjoner og hva man gjør når man oppdager at noe ikke er som det bør være. Og det tredje omhandler institusjonelle rutiner og praksiser som sier noe om hvorvidt tjenesten er organisert slik at man ivaretar samfunnsoppdraget på en god måte og om det fungerer godt og rettferdig for pasientene (Eide og Eide 2017).

3.3.4 Å være en personlig og profesjonell helper

Det å opptre profesjonelt innebærer at en til en viss grad må sette til side sine private preferanser og meninger og ta på seg de oppgavene yrkesrollen krever. I arbeidet med mennesker er relasjonen mellom helperen og brukeren et forhold hvor førstnevnte ivaretar bestemte funksjoner overfor brukeren i kraft av sin profesjonalitet. Det nevnes at man da ikke må være kald og upersonlig, og at det er rom for å fylle yrkesrollen på en personlig måte hvor man er seg selv og setter sin egen farge på yrkesutøvelsen. Dette kalles for personlig profesjonalitet. I den daglige yrkesutøvelsen må helperen selv finne en naturlig avgrensing til det private. Grensene vil variere i ulike situasjoner og relasjoner (Røkenes og Hanssen 2012). Det går en grense mellom det å være profesjonell på en personlig måte og det å bli privat. Å dele personlige erfaringer kan stimulere til at den selvskadende blir mer åpen og personlig og skape et jevnbyrdig forhold i relasjonen. Det kan også hjelpe kvinnen til å sette ord på og akseptere egne følelser og tanker (Eide og Eide 2017). Samtidig kan det hvis en profesjonsutøver er for privat skape uklare og urealistiske forventninger eller følelsesmessige problemer hos brukeren (Røkenes og Hanssen 2012.) Hvis en deler egne erfaringer ut fra et behov for å fortelle om seg selv kan det lett ta oppmerksomheten vekk fra det som er viktig fra kvinnen (Eide og Eide 2017). Videre kan det få negative konsekvenser for brukeren om profesjonsutøvere av frykt for å bli for private ikke våger å være seg selv, men holder kvinnen på avstand og bærer yrkesrollen som et skjold foran seg (Røkenes og Hanssen 2012).

3.4 Selvskaderens rett på respektfull behandling

Eide og Eide (2017) poengterer at en som hjelper har en rekke normer og verdier en er forpliktet til å følge. Dette omfatter helsefaglige verdier og normer som er nedfelt i lovverk og yrkesetikk og normer og verdier som er allment akseptert i samfunnet som eksempelvis rettferdighet og menneskerettigheter. Disse legger grunnlaget for hvilke holdninger vi møter brukerne med, og hvilken behandling de får av oss (Røkenes og Hanssen 2012).

3.4.1 Synet på den andre og allmenmoralen

Det nevnes at hvilket menneskesyn og etisk grunnsyn hjelpere sitter inne med har betydning for ens egen selvforståelse og for handlingene en har i møtet med andre mennesker.

Profesjonsutøveren skal møte medmennesker med grunnleggende holdninger. Blant annet nevnes viktigheten av at en skal se på den andre som subjekt, hvor hun i sitt eget liv er aktør, er selvstendig, villende, handlende og selvbestemmende. Hjelperen skal se på den andre som likeverdig hvilket betyr at andres opplevelser har samme gyldighet som enhver annens også i forhold til de opplevelsene som profesjonsutøvere har. Dialog, samtale og forståelse av den andre er derfor viktigere enn å vite og forklare den andre ut fra et objektivt ståsted utenfra (Røkenes og Hanssen 2012). Videre skriver Levin (2004) at hvordan en oppfatter den andre blir bestemmende for hva en faktisk gjør i samhandling med andre. I sosialt arbeid skal en være ydmyk i forståelsen av den andre, om hjelperen ikke er det kan det få svært store konsekvenser. Synet på den andre og tolkningen blir bestemmende for hvordan en forholder seg til henne og for det videre arbeidet mellom partene.

I Eide og Eide (2017) nevnes det også at hjelpere er forpliktet til å følge allmenmoraliske normer og verdier som rettferdighet, sannferdighet og høflighet. Allmenmoralen er de verdiene og normene man stort sett er enige om i et samfunn. Det handler om at å opptre i tråd med disse er en forutsetning for å skape tillit og en god og trygg kontakt med brukere. Å behandle andre mennesker med respekt betyr at man er høflig, vennlig, lydhør, pålitelig, hjelpsom og med diskresjon. Disse normene og verdiene er ofte ikke spesifisert i

yrkesetikken, men er likevel verdier profesjonsutøvere er forpliktet av. Allmennmoralen utgjør det moralske grunnlaget for gjensidig tillit, tilknytning og god kommunikasjon og samhandling med selvskadende.

3.4.2 Lovverket og yrkesetiske retningslinjer

Det finnes en rekke retningslinjer og lovverk som skal sikre at selvskadere får nødvendig og respektfull behandling og helsetjenester. I Helse - og omsorgstjenesteloven står det blant annet at lovens formål er å sikre at tjenestetilbudet skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade og lidelse. Tjenestetilbudet skal bidra til likeverd og likestilling hos brukerne, sikre kvaliteten og et likeverdig tjenestetilbud til hver enkelt og at det er tilpasset den enkeltes behov. Videre skal tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1). Samtidig poengteres det i Pasient - og brukerrettighetsloven at formålet er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Pasient - og brukerrettighetsloven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven (§1-1)). Også i psykisk helsevernloven hevdes det at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med brukerens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven § 1-1).

To av de viktigste fundamentene i fagfeltet sosialt arbeid er menneskerettighetsprinsipper og prinsipper om sosial rettferdighet (Askeland 2006). Profesjonsutøvere på ulike arenaer i hjelpeapparatet må forholde seg til sine fagfelts yrkesetiske retningslinjer. De norske yrkesetiske retningslinjene Fellesorganisasjonen (FO) har vedtatt er basert på humanistiske og demokratiske verdier. Noen av verdiene som utgjør et felles etisk grunnlag og som hjelperen skal forholde seg til er blant annet menneskeverd, respekt for den enkeltes integritet, anerkjennelse av ulikhet og ikke – diskriminering, helhetssyn på mennesker, tillit, åpenhet og redelighet, omsorg og nestekjærighet, solidaritet og rettferdighet samt ansvar. Hjelperen skal

fremme likeverd og respekt, møte menneskers behov og bidra til at de får brukt sine ressurser og videre har de som sitt samfunnsoppdrag å bistå mennesker som har behov for hjelp. Profesjonsutøvernes arbeid skal ta utgangspunkt i brukernes verdier, kunnskap og ressurser. De har også et ansvar for å påse at tiltak og tjenester ikke bidrar til å umyndiggjøre brukerne. Profesjonsutøveren må derfor ha et kritisk blikk på egen fagkunnskap og hvordan den utvikles og brukes. Helse- og sosialfaglig arbeid forutsetter både teoretisk og praktisk kunnskap, evne til etisk refleksjon og holdninger preget av ydmykhet, velvilje og respekt overfor brukernes verdier og livsvalg. Yrkesgruppene har også en forpliktelse til å påvirke rammebetingelsene for arbeidet og til å melde fra i tilfeller der tiltak og tjenester får uheldige konsekvenser (Fellesorganisasjonen 2015).

Videre er profesjonsutøvere forpliktet til å forholde seg til de bestemmelsene som står i Helsepersonelloven. I Helsepersonelloven (1999), § 4, om krav om forsvarlighet til helsepersonells yrkesutøvelse, står følgende:

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell».

3.4.3 Brukermedvirkning

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 3-1 hevdes det at bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Videre står det at bruker blant annet har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Brukermedvirkning innebærer at mennesker som søker hjelp vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Det handler om at brukeren selv er ekspert på eget liv og er den som vet best om egne vansker. Profesjonsutøveren sitter med fagkunnskapen og kan benytte denne for å hjelpe. Det nevnes at for at hjelper og bruker skal klare å finne frem til best mulig hjelp og støtte så må brukeren bli tatt på alvor, bli behandlet med respekt, føle tillit og trygghet samt få hjelp når behovet er der. Profesjonsutøveren må også ha evne til å lytte til det

den selvskadede sier. Hvis dette lar seg gjennomføre så kan det bidra positivt til brukerens bedringsprosess og i motsatt fall føre til forsterket hjelpeløshet (Helsedirektoratet 2017).

3.5 God kommunikasjon som utgangspunkt

«Mennesker som skader seg selv. Trenger først og fremst å bli møtt med respekt, medfølelse og forståelse» (Urnes 2009, s. 874).

God profesjonell kommunikasjon innenfor helsefagene er grunnlaget i det relasjonelle mellom mennesker. Denne type kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. At den er personorientert betyr at en ikke ser den andre utelukkende som pasient eller bruker, men som en hel person med iboende ressurser, og muligheter, egne verdier og prioriteringer og individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon for øvrig (Eide og Eide 2017). Betydningen av å møte den selvskadende og mennesker med psykiske lidelser med tydelig og god kommunikasjon, respekt, empati og medfølelse poengteres flere steder i litteraturen og i forskningen (Eide og Eide 2017; Miller 1994; Ribe og Mehlum 2015; Shulman 2003; Øverland 2006).

3.5.1 Å bygge tillit

Traumer har stor effekt på evnen mennesket har til å kunne stole på andre. Selvskadende er ofte desperate etter å finne noen de kan ha tillit til, men frykt og angst kommer lett i veien for å skape tillitsfulle relasjoner. Følelser av svik, opplevelsen av å bli forlatt og avvisning er følelser traumeoverleverer ofte kjenner på. Å oppnå tillit hos selvskadende som er overleverer av traumer kan ta måneder og noen ganger år. Å skape en varm, fortrolig, trygg og sterk terapeutisk allianse kan føre til at den selvskadende klarer å bli trygg nok til å betro seg om de underliggende problemene som fører til selvskade (Sutton 2007). Ribe og Mehlum (2015) nevner at det må bygges tillit mellom helperen og kvinnen og at dette skjer i en gjensidig prosess. Begge parter må ta en risiko på at de kan bli skuffet, sviktet eller utnyttet og må dermed strekke seg langt. Profesjonsutøveren er den som må strekke seg lengst noe han gjør ved å vise sin empati i form av medfølelse, aksept og støtte samtidig som man utfordrer den

andre parten. Gjennom aktiv lytting og empati lever hjelperen seg inn i den andres opplevelser og formidler tilbake til brukeren hva han har forstått av det som ble fortalt, samtidig som en undersøger hvilke følelser som er aktiverte. Videre møter profesjonsutøveren kvinnen med ubetinget aksept slik at den selvskadende føler seg bekreftet og anerkjent. Anerkjennelse av den selvskadende innebærer at damen føler seg trygg på at en kan bli møtt med respekt uansett hvilke opplevelser hun deler eller følelser hun gir uttrykk for

(Røkenes og Hanssen 2012). Tilliten som dermed skapes innebærer at den selvskadende som søker hjelp vil kunne vise mer sårbarhet enn hva hun ville gjort overfor andre (Eide og Eide 2017). Dette skjer gjennom at hjelperen er våken, holder avtaler, er oppmerksom, er til stede og som gjennom non-verbal kommunikasjon anser kvinnen som viktig. Videre så lytter profesjonsutøveren til det som blir fortalt, samt at en viser at en forsøker å forstå gjennom sin kommunikasjon med den selvskadende (Ribe og Mehlum 2015). Samtidig nevner Shulman (2003) at hjelperen kan få problemer med å utvikle relasjoner med sårbare mennesker hvis ens evne til å lytte til det brukeren sier svekkes. Da vil også den empatiske forståelsen overfor selvskadende minke. Dette kan være med på å påvirke den behandlingen kvinnene får.

3.5.2 Tillitsfulle relasjoner

Levin (2004) skriver at sosialt arbeids forståelsesramme er bygd på en forestilling om at mennesket er unikt og at det formes gjennom sine relasjoner til de nærmeste. Viktigheten av å utvikle tillitsfulle relasjoner når man arbeider med mennesker med psykiske lidelser og selvskading poengteres en rekke steder i litteraturen (Ribe og Mehlum 2015; Sutton 2007; Røkenes og Hanssen 2012; Øverland 2006). Også i sosialt arbeid arbeider man med og gjennom relasjoner. Hjelperen er fullstendig avhengig å opparbeide en tillitsfull relasjon med brukeren, som i dette tilfellet er den selvskadende, for å kunne hjelpe. Relasjonene i sosialt arbeid utvikles som regel over lang tid og gjennom denne bistår hjelperen brukeren med å nå målet (Levin 2004).

«En relasjonskompetent fagperson kommuniserer på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, og som ikke krenker den andre parten. Når du arbeider med mennesker, er det særlig viktig å ivareta den andres legitime interesser i samhandlingen. En fagperson skal primært forholde seg til brukerens/klientens behov og ikke søke å dekke egne behov på bekostning av den andre» (Røkenes og Hansen 2012, s.10).

Det handler om at man som hjelper må kunne etablere en relasjon til kvinnen, være i stand til å stå i den over tid samt kunne avslutte profesjonelle relasjoner på en god måte (Røkenes og Hansen 2012). Samtidig poengterer Øverland (2006) at den behandlingen selvskadende får må ha utgangspunkt i en sikker relasjon. Profesjonsutøveren bør rose brukeren for at hun klarer å utsette selvskadingen foran å kritisere når det skjer, samt at den selvskadende skal møtes på en nøytral og respektfull måte etter selvskade har skjedd. Det er også viktig å unngå maktkamper. Behandling av selvskading bør ha utgangspunkt i disse faktorene og den enkelte hjelper bør tilpasse tilnærmingen etter hvilke kontekster en møter kvinnen i og hvilken rolle en har. En trygg allianse er uansett forutsetningen for en vellykket behandling av selvskading. Eksempelvis nevner Urnes (2009) at fastlegen som oftest spiller en betydelig og positiv rolle for selvskadende med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Han representerer ofte en stabil og ikke-dømmende, tillitsfull person som fungerer stabiliserende for den selvskadende, og er bindeleddet mellom forskjellige behandlingsinstanser.

3.6 Hjelperens behov for økt kunnskap om selvskading

«Gledelig for pasienter og pårørende som kan bli møtt på en mer empatisk og ivaretagende måte. Gledelig dersom pasienten kan få en riktigere og mer virksom behandling».

(Thorsen 2006, s. 9).

Vanskene med å forstå selvskadingens kompleksitet og dynamikk, og den enkelte personens handlinger utløser sterke følelser hos hjelpere i deres møter med denne sårbare gruppen. Behovet for at de som jobber med selvskading utvikler kompetanse både i møtet med slike fenomener og til å håndtere sine egne reaksjoner viser seg å være stor (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Dette poengteres flere steder både i litteraturen og i forskningen (Mcallister 2003; Mchale og Felton 2010; Ribe og Mehlum 2015; Taylor m.fl 2009; Thorsen 2006). Videre står det i Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017, at god kompetanse blant hjelpere som møter selvskading og selvmord er en forutsetning for et godt tjenestetilbud. Arbeidet med å systematisere og formidle forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om selvmords atferd og selvskading til tjenesteapparatet skal videreføres og styrkes (Helsedirektoratet 2014). Mcallister (2003) har blant annet skrevet i sin

artikkel at selvskadingens ulike meninger og funksjoner indikerer at profesjonsutøvere må være fleksible i sine reaksjoner overfor selvskadende så lenge de kjenner til de ulike årsakene bak den destruktive atferden. Det handler om at hvis hjelpere ikke klarer å dele de ulike aspektene ved forståelse av atferden, vil negative tilnærminger og samtaler opprettholdes i møtet med selvskadende og utilfredsstillende resultater vil vedvare. En mer realistisk og empatisk forståelse for selvskadingens kompleksitet kan gi et bedre grunnlag for å møte kvinnene med kyndig helsehjelp og omsorg (Sommerfeldt og Skårderud 2009).

4.0 Metodisk tilnærming og fremgangsmåte

4.1 Kvalitativ metode

Malterud (2011) skriver at kvalitativ metode kan brukes når vi ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved å benytte denne metoden presenteres mangfold og nyanser ved at en og samme virkelighet beskrives ut fra informantenes perspektiver. Med andre ord er kvalitative metoder forskningsstrategier for beskrivelser og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som studeres (ibid). I motsetning til kvalitativ metode legges det i den kvantitative tilnærmingen mer vekt på en forklaring snarere enn en forståelse, man har ofte en avstand til sine respondenter og man er mer opptatt av data i form av tall (Tjora 2013).

Da formålet med denne undersøkelsen var å få innsikt i de opplevelser og erfaringer selvskadende kvinner har gjort seg i «møter» med hjelpere i ulike deler av det offentlige hjelpeapparatet, ble det naturlig for meg å benytte den kvalitative tilnærmingen foran den kvantitative. Jeg ønsket å oppnå en god og nær dialog med informantene, slik at de kunne beskrive de fenomenene problemstillingen søkte med sine egne perspektiver. Videre skriver Creswell (2007) at man kan benytte kvalitativ metode som tilnærming når man ønsker å studere et problem eller tema det er behov for å utforske. Det handler blant annet om at det er et behov for utforsking av en gruppe av en populasjon, eksempelvis ved at «stille stemmer» i et samfunn får mulighet til å komme med sine utspill. Det er ofte snakk om at man trenger en kompleks detaljert forståelse av temaet (ibid). Som nevnt tidligere ønsket jeg å få innsikt i selvskadende kvinners perspektiver knyttet til problemstillingen, da jeg fant lite forskning på området. Jeg ønsket å fordype meg i et tema hvor det er behov for å utvikle mer kunnskap. Videre var ønsket med studien å gi «de stille stemmene» til selvskadende damer en mulighet til å komme til orde.

To andre faktorer som var sentrale i påvirkningen av de valg jeg foretok meg gjennom forskningsprosessen, var min forforståelse for tematikken, samt det vitenskapelige ståstedet jeg tok utgangspunkt i.

4.2 Min forforståelse

Forforståelse handler om at forskeren aldri møter verden nakent, men at forforståelser knyttet til språk, begreper, trosoppfatninger og individuelle personlige erfaringer er komponenter som er med på å prege forskerens valg av de fenomener han ønsker å belyse i sin forskning.

Forskeren starter sjelden med blanke ark og går løs på en undersøkelse helt uten oppfatninger av det som undersøkes (Johannessen, Tuft og Cristoffersen 2006). Den «bagasjen» jeg bringer med meg fra min arbeidspraksis som sosionom i psykiatrien, var først og fremst med på å påvirke mitt valg av tema og problemstilling i denne undersøkelsen. Jeg hadde en forforståelse for tematikken, blant annet i forhold til de erfaringer jeg hadde gjort meg i møtet med selvskadende kvinner opp gjennom min yrkespraksis. Jeg stilte meg selv spørsmål vedrørende min egen væremåte overfor selvskadende damer, samt hvordan andre hjelpere rundt omkring i de ulike arenaer av hjelpeapparatet møter denne gruppen. Videre hadde jeg utviklet en stor nysgjerrighet i forhold til hvordan disse kvinnene selv oppfattet å bli møtt av helpere i helse – og sosialsektoren. Jeg som forsker hadde klare forhåndsoppfatninger om det jeg ønsket å undersøke. Slik Gilje og Grimen (2009) skriver så oppsto forforståelsen jeg «bar» med meg inn i prosjektet som følge av det miljøet jeg som aktør tok del i, som sosionom i psykiatrien. Jeg tolket verden, temaet for undersøkelsen, i lys av de erfaringene jeg hadde gjort meg i min yrkespraksis.

I tillegg til mine erfaringer fra min helsefaglige yrkespraksis, var det sosialfaglige fagfeltet jeg utgjør en del av, nemlig sosialt arbeid, med på å påvirke valg av tema og gruppen jeg ønsket å studere. Et utgangspunkt for forskning i sosialt arbeid er at man ser på forholdet mellom individ, gruppe og samfunn, mennesket blir forstått sosialt eller individet i gruppen sett i sin samfunnsmessige sammenheng. Videre er man i sosialt arbeid helpere for mennesker fra svakere/marginaliserte grupper i samfunnet og man kommer derfor ofte i den posisjonen som fører til at man «kjemper» på samme side som personer fra marginaliserte grupper (Levin

2004). Når jeg først skulle skrive en masteroppgave, så ville jeg derfor å ta utgangspunkt i en tematikk som kunne knyttes til dimensjoner man i sosialt arbeid er opptatt av. Jeg ønsket å forske på en marginalisert gruppe i samfunnet og gi dem en sjanse slik at deres «stille stemmer» blir hørt.

Alt i alt så var det min sosialfaglige kompetanse som sosionom, og den helsefaglige kompetansen jeg hadde opparbeidet meg fra psykiatrien som var med på å forme de valgene som ble tatt både før og underveis i forskningsprosessen. Hjelperens rolle består både av sosialfaglig og helsefaglig kompetanse.

4.3 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Felles for samfunnsvitenskapene er at man studerer sosiale fenomener som klasser, organisasjoner, kriminalitet, kjønnsrollemønstre og liknende (Gilje og Grimen 2009).

Man søker en forståelse for de fenomenene som studeres, og derfor har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitativ metode. Denne tilnærmingen kan derfor knyttes til fortolkende teorier som fenomenologi, hermeneutikk og symbolsk interaksjonisme (Thagaard 2009).

De ulike forhold som studien ønsket å belyse kan knyttes til de perspektiver som fortolkningsteorien om fenomenologien tar for seg. Fenomenologien har påvirket min forståelse i studien gjennom hele forskningsprosessen.

4.3.1 Fenomenologi

Fenomenologi er et omfattende felt innenfor filosofisk teori og er en forståelsesform der menneskers «subjektive» erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud 2011). Slik Thagaard hevder (sitert av Kvale 2009, 38) tar man utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Denne forståelsesformen ble grunnlagt av filosofen Edmund Husserl rundt år 1900, og av de som delte og videreutviklet hans synspunkter (Creswell 2007; Kvale og Brinkman 2009). I begynnelsen lå fokuset i ståstedet på bevisstheten og opplevelse, men ble senere utvidet til også å omfatte menneskers livsverden. Det var også et ønske om at forståelsesformen skulle ta

utgangspunkt til kroppen og menneskers handlinger i historisk sammenheng (Kvale og Brinkman 2009). Videre hevdes det:

«Når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologien mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter» (Kvale og Brinkman 2009, s. 45).

I denne studien søkte jeg å forstå selvskadende kvinners egne perspektiver i forhold til hvordan de blir møtt. Det var deres egne beskrivelser av deres opplevelser knyttet til tematikken jeg ønsket at skulle være utgangspunktet for problemstillingen undersøkelsen belyser.

Creswell (2007) hevder at målet med fenomenologien er å redusere individuelle opplevelser med et fenomen til en beskrivelse av den universelle essensen. I denne undersøkelsen bidro flere selvskadende kvinner med sine historier om hvordan de var blitt møtt av hjelpere. Jeg søkte nemlig å finne hva som var felles for informantene knyttet til deres erfaringer og ønsket å få mer innsikt i beskrivelsen av den universelle essensen knyttet til problemstillingen.

4.3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Ut fra et fenomenologisk utgangspunkt, har man som formål i det kvalitative intervju å få innsikt i informantenes grunnleggende opplevelser av sin daglige livsverden. Dette ut fra intervjupersonen egne perspektiver. Intervjuet sikter til at informantene beskriver så nøyaktig som mulig, vedrørende bestemte temaer, det de opplever og føler, og hvordan de handler. Videre ønsker man å få belyst spesifikke situasjoner og handlinger vedrørende de ulike temaer. Dette kan føre til at intervjueren kan være i stand til å komme frem til betydningen på et konkret plan i stedet for generelle meninger (Kvale og Brinkman 2009).

I følge Thagaard (2009) preges forskningsintervjuet av at forskeren etablerer direkte kontakt med informantene, og at den relasjonen som oppstår mellom partene er viktig for det materialet forskeren får. Forskerens rolle fører derfor med seg en rekke etiske utfordringer. Jeg vil komme tilbake til noen av disse i en drøfting under punkt 4.7.

4.4 Datainnsamlingen-fremgangsmåte

4.4.1 Godkjenning av prosjektet

Jeg fikk godkjenning for valg av tema og problemstilling fra NTNU 06. 09. 2012. På grunn av at selvskadende kvinner kan regnes som en sårbar gruppe og at jeg i studien kunne risikere å berøre tema knyttet til helse og sykdomsbilde søkte jeg REK- Regional etisk komité, for godkjenning til å gjennomføre studien. *Vedtaket fra REK* (vedlegg nr. 1) ble fattet 08.04.2013. I vedtaket sto det: «*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt (.....) Prosjektet er ikke fremleggingspliktig*». Etter dette søkte jeg NSD- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, om godkjenning i forhold til behandling av personvernopplysninger. *Vedtaket fra NSD* (vedlegg nr. 2) ble fattet 07.06.2013, og der var det skrevet: «*Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres*». Videre ønsket NSD en ettersendelse av et eget *Informasjonsskriv til informanter* (vedlegg nr. 3). Etter dette utarbeidet jeg skjema for *Skriftlig informert samtykke* (vedlegg nr. 4) som informantene skulle signere før intervjuene.

4.4.2 Utvalg

I henhold Thagaard (2009) er utvalget av informanter for denne undersøkelsen basert på *strategiske utvalg*. Det vil si at jeg har valgt deltakere som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver.

Utvalget for studien er selvskadende kvinner i Norge mellom 18 og 45 år, som er i kontakt med det norske hjelpeapparatet på ulike måter. Etter som det er flest damer som rammes av selvskadning, har jeg valgt å utelukke menn som informanter i studien. Et felles kriterium for kvinnene var at de hadde erfaring med selvskadning, og at de var i kontakt med hjelpeapparatet på en eller annen måte. Ved å velge å benytte informanter fra ulike deler av Norge, og ved å ha en stor spennvidde i alder på damene som deltok, ønsket jeg å få et innsyn i kvinnenes perspektiver knyttet til møter med hjelpeapparatet i hele Norge, foran kun et geografisk avgrenset område. Totalt sett handler det blant annet om at et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mer stoff til utvikling av ny kunnskap. Variasjonsbredde i utvalget vil også gi mulighet til å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud 2011).

Utvalgets størrelse ble bant annet vurdert i forhold til «metningspunktet» (Thagaard 2009). Punktet sier noe om at når studier av flere enheter ikke virker å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort (ibid). Etter å ha foretatt flere intervjuer, erfarte jeg at det var flere likhetstrekk ved de ulike perspektivene som kom fram i forhold til de fenomenene som ble studert. Størrelsen på 8 deltakere ble derfor sett på som tilstrekkelig for denne undersøkelsen.

4.4.3 Intervjuguide

«Et semistrukturert livsverdensintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale og Brinkman 2009, s. 47).

Det passet derfor å benytte en *semistrukturert intervjuguide* (vedlegg nr.5), da denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av informantenes livsverden, og fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale og Brinkman 2009).

Intervjuguiden ble derfor utarbeidet i forhold til de temaer problemstillingen ønsket å belyse. Videre ble den ifølge Kvale og Brinkman (2009), laget slik at jeg lett kunne sirkle inn bestemte temaer, og med en rekke forslag til spørsmål knyttet til de ulike temaene. Spørsmålene i guiden er skrevet detaljert, men jeg har ikke benyttet disse slavisk. Eksempelvis har jeg latt være å stille flere av spørsmålene da informantene selv har beveget seg inn på de ulike temaene. For eksempel så benyttet jeg meg mye ledende spørsmål vedrørende ulike faktorer informantene snakket om. Blant annet benyttet jeg formuleringene: «Kan du fortelle meg mer om det?», «Hvordan opplevde du det?», «Hvordan følte det?».

4.4.4 Veien til informantene

Gjennom min yrkespraksis innenfor psykiatrien, samt min forforståelse for tema, hadde jeg relativ god innsikt i forhold til hvilke miljøer jeg kunne kontakte for å nå kvinner som kunne delta i prosjektet. Jeg tok derfor kontakt med ulike organisasjoner med en forespørsel om hjelp til rekruttering av informanter. Organisasjonene representerte alle damer, som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, omsorgssvikt, traumer, selvmordsforsøk, selvskading og liknende. Eksempelvis ble det rekruttert informanter via Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS), Landsforeningen for seksuelle overgrep (LFS), Interessegruppen for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS), Senter mot incest og seksuelle

overgrep (SMISO) og eget nettverk/kontakter. Jeg tok kontakt med relevante organisasjoner over hele landet da målet var å nå informanter fra hele Norge. En presentasjon av prosjektet og *Informasjonsskriv til informanter* (vedlegg nr.3), ble lagt ut på organisasjonenes hjemmesider og facebooksider. Aktuelle deltakere tok selv kontakt med meg per telefon eller per mail om at de ønsket å delta. Alle intervjuer ble foretatt i tidsperioden oktober 2013 til og med mars 2014, og intervjuene varte i alt fra 40 minutter til 1,5 time. Tjora (2013) skriver blant annet at når man jobber med spesielt ømfintlige temaer, må man være forberedt på at det ikke alltid er enkelt å skaffe informanter, og at det kan kreve flere runder med forespørsler. Jeg erfarte selv dette i starten av januar 2014. Responser fra potensielle informanter avtok, og jeg så det derfor som nødvendig å sende forespørsler på nytt til de organisasjonene jeg hadde sendt til tidligere, samt at jeg sendte til organisasjoner jeg ikke hadde sendt til i første runde. For å klare å rekruttere åtte informanter, ble jeg nødt til å foreta noen endringer i forhold til utvalgets kriterier. Jeg endret dermed på alderskriteriet, slik at det fra å være selvskadende kvinner i alderen 18 til 40 år, ble til selvskadende kvinner i Norge i alderen 18 til 45 år.

4.4.5 Gjennomføringen av intervjuene

Da min første informant tok kontakt med ønske om å delta i studien, ønsket hun å foreta intervju via Skype. Å benytte Skype til intervjuer var en måte jeg ville spare tid og ressurser på. Det ville bli økonomiske utlegg og ta tid å reise rundt i Norge for å foreta intervjuene. Jeg avtalte derfor via mail og telefon med informanten, hvordan forarbeidet for intervjuet og selve intervjuet skulle skje. Videre måtte informanten signere *Skriftlig informert samtykke* (vedlegg nr.4). Dette måtte informanten signere på før intervjuet ble foretatt, så jeg sendte dette sammen med informasjon om undersøkelsen til informanten i frankert konvolutt. Jeg dekket alle kostnader ved frankeringen, da informanten ikke skulle ha noen økonomiske utlegg ved å delta i studien. Etter dette var gjort forsøkte vi å foreta intervju via Skype men det både jeg og informanten erfarte at det var vanskelig å høre hva hver enkelt sa. Jeg fattet dermed en avgjørelse på at lydopptaket via Skype ville bli for dårlig og at jeg ønsket å intervju ansikt til ansikt foran å benytte Skype. Dette var blant annet på grunn av at den nødvendige nærheten man oppnår med informanten i feltarbeidet uteble ved bruk av Skype. Jeg kommer tilbake til dette i en diskusjon om etiske aspekter under punkt 4.7.

Etter denne erfaringen bestemte jeg meg for å reise rundt til ulike deler av landet for å utføre intervjuene ansikt til ansikt med informantene. Intervjuene foregikk på et sted der informantene selv ønsket å møtes. Eksempelvis på møterom på biblioteket og liknende.

Jeg startet intervjusituasjonen med å orientere kort om prosjektet generelt, blant annet nevnte jeg formålet med intervjuet samt fordeler/ulempes ved å delta. De ble informert om hvem som ville få adgang til intervjuet, om min rett til offentliggjøring av dataene i en masteroppgave samt at de kunne få lese rapporten. De fikk også en garanti om ivaretagelse av deres konfidensialitet. De fikk også utdelt *Informasjonsskriv til informanter* (vedlegg nr. 3).

Deretter måtte informantene signere på et *Skriftlig informativt samtykke* (vedlegg nr. 4). Dette for å forsikre meg om at de forsto hva det innebar å delta i prosjektet, at de deltok frivillig i studien og kunne trekke sitt samtykke innen studies innleveringsfrist, uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Ved å signere det skriftlig informative samtykket gav de også sitt samtykke til at jeg kunne benytte båndopptaker til å ta opp intervjuet. Etter informasjonsrundene gav jeg dem muligheten til å komme med spørsmål vedrørende alle sider av studien og jeg svarte så nøye jeg kunne på disse. Båndopptaker ble ikke slått på før etter overstående var gjort, og de fikk forklart at dersom de hadde behov for pause under intervjuet, kunne jeg sette pause på lydopptaket. Informantene avla muntlig informativt samtykke på lydopptaket.

Intervjuet ble deretter foretatt i henhold til den semistrukturerte intervjuguiden. Jeg benyttet min forforståelse for tema, mine kommunikasjonsferdigheter fra yrkessammenheng og teori om utførelse av kvalitative intervjuer for å skape en dialog med informantene. Jeg stilte de spørsmål som ble sett på som nødvendig for å få belyst problemstillingen ut fra ulike perspektiver. Videre stilte jeg ledende spørsmål på de områdene jeg ønsket mer informasjon om.

Etter båndopptakeren ble slått av foretok jeg en debrifing, en kortere samtale med informanten der jeg takket for at hun ville delta i prosjektet samt at jeg stilte spørsmål om hun hadde noe mer hun ønsket å si nå som båndopptakeren var slått av. Informanten fikk da muligheten til å komme med tilbakemeldinger og spørsmål.

4.5 Analyseprosessen

Analyse og tolkning startet allerede under kontakten med informantene (Thagaard 2009). Eksempelvis begynte min fortolkning av dataene allerede under første intervju. Jeg tok beslutninger i forhold til hvilke temaer som skulle utdypes ved å stille de spørsmålene jeg mente var de mest relevante i henhold til problemstillingen. Malterud skriver (sitert av Kvale, 2011, 75) at den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten til tekst fra blant annet samtaler. Rådata skal bearbeides og organiseres til en form der de blir tilgjengelige for analyse. Det forutsetter at materialet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte.

4.5.1 Fra tale til tekst

«Transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk»

(Kvale og Brinkman 2009, s.187).

Etter datainnsamlingen satt jeg igjen med 8 intervjuer som var tatt opp med båndopptaker. Intervjuene ble overført direkte til min datamaskin og jeg transkriberte deretter alle intervjuene i kronologisk rekkefølge på egen hånd. Jeg valgte bevisst å foreta transkripsjonene selv da jeg ønsket å sikre de mange detaljene som er relevante for min analyse. Dette er i tråd med det Kvale og Brinkman (2009) skriver. Allerede under transkripsjonen av de første intervjuene, så jeg hvilke aspekter ved de sosiale fenomenene informantene snakket om, som ville utgjøre deler av mine funn i analysen.

Det var en rekke ulike etiske sider å ta hensyn til under transkripsjonene. For det første handlet det om at følsomme emner ble tatt opp i alle intervjuene, eksempelvis i forhold til kvinnenes ulike sykdomsbilder, institusjoner, situasjoner og ulike fagpersoner. Det var viktig å beskytte konfidensialiteten til personene og institusjonene. Jeg valgte derfor å anonymisere informantens identitet, ulike hendelser som var lett identifiserbare og personer som ble navngitt i intervjuet. I neste kapittel hvor relevante funn presenteres, er informantens sitater gjengitt under fiktive navn.

Det første valget jeg foretok meg vedrørende anonymiseringen var i forhold til det å benytte bokmål som språkform i alle intervjuene. Da informantene kom fra regioner rundt omkring i Norge, var lydopptakene av deltakernes tale på ulike dialekter. Videre fjernet jeg alt som kunne være direkte identifiserbart ved deltakerne, altså alder, navn, bosted, yrke og særpreg ved deres sykdomsbilde, noe enkelte av informantene valgte å fortelle om. Jeg fjernet også alt av navn og kjønn på bestemte personer som ble nevnt av informantene. Eksempelvis når en lege eller psykiater ble nevnt fjernet jeg navn og kjønn og skrev bare «legen», «psykiateren». Hadde de skiftet fastlege ofte skrev jeg «tidligere fastlege», eller «nåværende fastlege». Om de hadde en ansvarsgruppe skrev jeg bare yrkestitlene på de personene den besto av, som «sykepleier» og «saksbehandler hos NAV». Jeg erfarte også at spesifikke institusjoner knyttet til hjelpeapparatet ble nevnt. Jeg fjernet stedsnavn på disse og definerte dem i generelle etater som «Psykiatrisk sykehus», «DPS», «NAV» og liknende. Videre anonymiserte jeg hendelser eller ulike skademetoder som kvinnene nevnte. Dette da fenomenene kunne være lett gjenkjennelige.

Jeg renskrev intervjuene ordrett. Eksempelvis utelot jeg ikke lyder som: «Ehm», «Eh». Videre skrev jeg enkelte uttrykk som ikke kunne skrives i form av ord i parenteser. Eksempelvis når informanten lo skrev jeg det slik: (ler). Og når informanten hostet skrev jeg: (hoster), eller når det ble pause midt i setningen til en informant skrev jeg: (pause). Slik Kvale og Brinkman (2009) skriver ønsket jeg å transkribere intervjuene ordrett da jeg ville fange utsagnenes ulike tolkningsalternativer. Jeg ønsket ikke at vesentlige essenser skulle gå tapt. Totalt satt jeg igjen med 300 sider med transkripsjoner. Disse ble utgangspunkt for den videre analysen.

4.5.2 Systematisk tekstkondensering

De transkriberte intervjuene ble deretter analysert etter metoden systematisk tekstkondensering som hovedsakelig er en deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra flere ulike informanter. Formålet med metoden er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Det tas sikte på å utvikle nye begreper eller beskrivelser innenfor fenomenene som studeres (Malterud 2011). For meg passet det godt å benytte denne metoden da det var helt nytt for meg å jobbe med analysering av data og i Malterud (2011) beskrives en detaljert fremgangsmetode som gjorde det lettere for meg «å nå målet» uten å miste taket på prosessen jeg skulle redegjøre for. Videre hadde jeg et stort datamateriale som lett virket «uoverkommelig» for meg ved flere

anledninger. Ved å benytte systematisk tekstkondensering fikk jeg sortert dataene på en strukturert måte uten at den vesentlige informasjon gikk tapt.

I systematisk tekstkondensering så gjennomføres analysen i fire trinn. Jeg forsøkte så godt jeg kunne å følge prosedyrene som sto under hvert enkelt av disse. I trinn en skal man danne seg et helhetsinntrykk ved å lese gjennom alle de transkriberte sidene (Malterud 2011). Jeg leste dermed gjennom alle transkripsjonene og noterte ned temaer underveis som var relevante for problemstillingen. Temaer jeg fant som relevant var positive møter, å føle seg ivaretatt og respektert, et ønske om å bli møtt med respekt, tillitsfulle relasjoner til hjelpere, negative opplevelser og kommentarer, å være under makt/tvang og kontroll, å ikke bli hørt eller tatt alvorlig, å bli behandlet uten smertelindring, ovenfra- og ned holdninger fra hjelpere og å få diagnoser en ikke kjenner seg igjen i.

I trinn to står det at man skal skille relevant tekst fra irrelevant tekst. Den delen av teksten som kan belyse problemstillingen skal sorteres ut (Malterud 2011). Jeg leste dermed nøye gjennom de transkriberte sidene på nytt, og plukket ut de meningsbærende enhetene, også kalt tekstbiter, som belyste ulike sider av hvordan selvskadende kvinner har opplevd å bli møtt av hjelpeapparatet, samt hvordan de ønsker å bli møtt. Jeg hadde hele tiden temaene jeg hadde notert ned i trinn en i bakhodet. Kodearbeidet var i nå i gang, og jeg fant meningsbærende enheter som etter sitt innhold hadde noe til felles med hverandre. Disse beskrev egenskaper som passet under temaene jeg hadde funnet i trinn en. Temaene ble etter hvert endret til kodegrupper som ble plassert i en matrise. De ulike tekstbitene som representerte felles egenskaper for hver enkelt kodegruppe ble plassert og kodet under hver kodegruppe i matrisen. De meningsbærende enhetene ble markert med hvor i teksten den opprinnelig kom fra. Dette gjorde jeg ved å markere hver tekstbit med hvilken informant de tilhørte, hvilket sidetall den var hentet fra og med en bokstav på slutten. Dette ble også markert i matrisen og transkripsjonene. Matrisen gav meg en oversikt over hvor mange meningsbærende enheter det befant seg under hver kode, og hvor jeg kunne finne igjen til disse i det opprinnelige materialet. Etter å ha gått gjennom alle intervjuene, satt igjen med en matrise markert med utallige meningsbærende enheter, og 168 skrevne datasider som utgjorde materialet for den videre analysen. De dataskrevne sidene besto av tekstbiter som var klipt ut fra transkripsjonene og plassert under kodegruppene de passet under. Dette var tilsvarende som i matrisen.

Flere av tekstbitene var kodet dobbelt og trippelt under de ulike kodegruppene. Jeg innså fort at dette kom det til å bli vanskelig og uoverkommelig å arbeide videre med og bestemte meg for å gå gjennom tekstbit for tekstbit og sortere disse ytterligere. Eksempelvis sorterte jeg de meningsbærende ved å slå sammen tekstbiter fra en kode med en annen da tekstbitene passet under flere av kodene. Videre fjernet jeg tekstbiter som ikke passet inn i problemstillingen og avgrensingene jeg hadde satt. Eksempelvis oppdaget jeg at jeg hadde tatt med kvinnes opplevelser fra telefonsamtaler de hadde hatt med ulike hjelpere. Disse ble fjernet da fokuset skulle ligge på møter hvor samhandling mellom damene og profesjonsutøvere skjedde ansikt til ansikt.

Videre gikk jeg gjennom de meningsbærende enhetene som var kodet to eller tre ganger. Disse ble kun plassert under den koden de passet best under og fjernet fra de kodene de passet dårlig under. Flere av kodegruppene gikk inn i hverandre i forhold til tematikk og noen av dem ble dermed slått sammen. Eksempelvis slo jeg sammen kodegruppen å bli behandlet uten smertelindring med negative opplevelser og kommentarer.

Etter denne prosessen satt jeg igjen med kodene, å føle seg ivaretatt og respektert/positive møter, tillitsfulle relasjoner til hjelpere, negative opplevelser og kommentarer, å ikke bli hørt/tatt alvorlig, ønsket om å bli møtt med respekt.

Hele prosessen under trinn to tok lang tid og satte min motivasjon på prøve flere ganger. Etter denne prosessen var ferdig satt jeg igjen med totalt 98 sider med kodede tekstbiter, og materialet var mer oversiktlig og konkret å arbeide med. Jeg la nå vekk de transkriberte intervjuene for å kun arbeide videre med de sidene jeg satt igjen med.

I trinn tre handler det om å sammenfatte den kunnskapen som finnes i hver av kodegruppene (Malterud 2011). Jeg tok deretter for meg hver enkelt kodegruppe og leste gjennom de ulike tekstbitene under kodegruppen. Da fant jeg fort ut at mangfoldet i disse fikk frem ulike nyanser ved tema og problemstillingen for studien. Jeg beholdt den opprinnelige kodegruppen som hovedkategori og delte de andre nyansene inn i subgrupper. Deretter tok jeg for meg de ulike gruppene hver for seg og skrev et kunstig sitat for hver av dem. Dette var et arbeidsnotat hvor jeg sammenfattet innholdet som befant seg innenfor hver enkelt tekstbit under hovedkategorien og subgruppen. Deretter tok jeg for meg hver enkelt kodegruppe og gjorde tilsvarende prosedyre.

Til slutt satt jeg igjen med disse hovedkategoriene og subgruppene (markert i kursiv):

Å få god hjelp og omsorg, å bli møtt som et menneske og ikke som en «typisk selvskader», tillitsfulle relasjoner, opplevelsen av å bli krenket og såret, å bli «straffet» av hjelpere, å ikke bli tatt på alvor når en ber om hjelp, respekt som grunnlag i alle møter, drømmen om å ikke bli møtt som en «typisk selvskader».

I trinn fire skal bitene settes sammen igjen. Det som er funnet i form av gjenfortellinger skal sammenfattes og legge grunnlaget for nye beskrivelser som kan deles med andre. Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal mot informantenes stemmer (Malterud 2011). Arbeidsnotatene for hver enkelt hovedkategori og subgruppe ble sammenfattet til en innholdsbeskrivelse. Prosedyren ble gjentatt likt for hver av kodegruppene. Hver av gruppene fikk egne avsnitt og utvalgte sitater ble hentet fra de meningsbærende enhetene. Disse gav et best mulig bilde av det som ble omtalt i innholdsbeskrivelsene under hver enkelt hovedkategori og subgruppe. På slutten av analysen forsøkte jeg å validere funnene opp mot materialet de opprinnelig ble hentet ut fra. Jeg gjennomførte dette ved å hente frem matrisen for så å systematisk krysslese denne både vertikalt og horisontalt.

4.6 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkman 2009). Forskeren selv kan være med å påvirke både datainnsamlingen, analysen, tolkning og resultatene i studien på en eller annen måte (Malterud 2011). Dette i forhold til hvilke ord som blir brukt i dialogen med informanten, eller hvordan intervjueren velger å stille spørsmål. Eksempelvis kan spørsmål om forskerens reliabilitet stilles i forhold til bruken av ledende spørsmål. De er ikke en bevist del av intervjuteknikken og kan dermed påvirke svarene (Kvale og Brinkman 2009). Jeg erfarte flere ganger under intervjuene at jeg måtte stille ledende spørsmål til informantene. Eksempelvis klarte ikke en av informantene jeg hadde å gi et tydelig svar på hvordan hennes møte med saksbehandler fra NAV hadde vært. Det hun forklarte ble utydelig for meg og jeg ble nødt til å stille ledende spørsmål for å få bekrefte om det hadde vært et møte preget av respekt eller ikke. På den ene siden kan ledende spørsmål påvirke innholdet i svaret fra informanten slik at intervjuerens reliabilitet reduseres

(ibid). I dette eksemplet opplevde jeg stikk motsatt. Ved å stille et ledende spørsmål fikk jeg bekreftet det som ble utydeliggjort for meg. Slik Kvale og Brinkman (2009) skriver fikk jeg sjekket ut om intervjuvarerens reliabilitet i forhold til at temaet stemte slik at min fortolkning av svaret ble verifisert. Å stille ledende spørsmål kan også være med på å styrke intervjuenes pålitelighet. I tillegg var min forforståelse for tematikken med på å påvirke intervjuene og studien generelt i en bestemt retning. Måten jeg stilte spørsmålene på og måten jeg ordla meg på under datainnsamlingen kan ha bidratt til påvirkning i forhold til hva informantene valgte å dele av sin livsverden. Dette setter også spørsmål om resultatenes pålitelighet. Jeg har derfor forsøkt å reflektere og være bevisst gjennom hele forskningsprosessen om hvordan min påvirkning har vært og kunne ha utartet seg om jeg ikke hadde reflektert rundt min rolle som forsker underveis. Reliabilitet benyttes også som et mål på pålitelighet i forhold til om en annen forsker kan oppnå like resultater ved en gjentakelse av forsøket. Spørsmålet har å gjøre med om informanten ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker (Malterud 2011).

Jeg mener at reliabiliteten i denne studien er relativ sterk. Utvalget av informanter er noe begrenset men de representerer mangfold i forhold til at de sitter med den kunnskapen studien søker og jeg velger å tro at historiene de kommer med er troverdige. I tillegg er utvalget fra ulike deler av Norge og deltakernes opplevelser er ikke kun sentrert opp mot en regions hjelpeapparat, men mot ulike instanser fra hele landet. I intervjuene kom det for det meste frem like historier om informantenes møter med hjelpeapparatet hvilket betyr at selvskadende blir behandlet ganske likt rundt om i landet. Hadde en annen forsker valgt å utføre studien en gang kan det være at han hadde fått tilsvarende funn. Foruten dette har jeg forsøkt å begrunne alle valg jeg har tatt i forbindelse med tolkningen og analysen. Jeg har forklart nøyte slik at leseren skal få en innsikt som er tilstrekkelig for å klare å bedømme studiens reliabilitet. Slik Malterud (2001) skriver så aksepteres det at ulike forskere kan feste seg ved ulike nyanser når de leser et og samme materiale, uten at de dermed regner alle versjoner som like relevante. Derfor er repeterbarhet sjelden et aktuelt kriterium på at pålitelighet er ivaretatt i den kvalitative forskningen.

Spørsmålet om validitet i en studie dreier seg hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Valideringen gjennomsyrrer hele forskningsprosessen og handler blant annet om å kontrollere. Den sjekkes ved å undersøke feilkildene ved at forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger, uttrykker sitt perspektiv på emnet som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke en selektiv forståelse og skjev fortolkning (Kvale og Brinkman 2009). Intern validitet dreier seg om spørsmålet om det vi er kommet frem til er

«hva det er sant om?». Det handler blant annet om vi har benyttet relevante begreper eller kartleggingsmetoder for å studere fenomenet vi skulle se på. Vi må dermed gjennomgå de verktøy vi bruker for å få frem kunnskapen og spørre oss selv i hvilken grad metoden og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmål som er stilt (Malterud 2011). Eksempelvis erfarte jeg flere ganger i rekrutteringen av informanter at jeg var usikker på om de som tok kontakt med ønske om å delta i studien innfridde kravene som var satt til utvalget. Jeg valgte dermed å takke nei til flere av potensielle deltakere. Ved å skaffe informanter via organisasjoner som hadde kontakt med denne gruppen mennesker var jeg ganske sikker på at jeg kom til å få et utvalg som ville være med på å sikre at de data som ble samlet inn var gyldig kunnskap. Disse skulle igjen danne grunnlaget for hvilken analysemetode jeg skulle benytte. Jeg så deretter på ulike tilnærminger for analyse av data og rettet et kritisk blikk mot flere av dem før jeg kom jeg frem til at systematisk tekstkondensering var rett metode å velge for denne studien. Dette fordi den var grundig og det gav meg muligheten til å komme i dybden på tematikken slik at jeg best mulig kunne få frem de perspektiv studien ønsket å belyse. En svakhet jeg har reflektert over flere ganger og som kan ha påvirket validiteten av funnene i denne studien er at jeg som forsker er nybegynner. Jeg har kjent på usikkerheten min og stilt spørsmål til meg selv flere ganger om «gjør jeg riktig nå», «vil det valget jeg nå tar føre til at gyldige svar ikke kommer frem?». Dette har ført til at jeg gjennom hele prosessen har reflektert grundig over de valgene jeg har tatt både gjennom transkriberingen og analysen. Dette for å kvalitetssikre at de valg jeg har tatt har ført til mest mulig valide svar på det studien søkte å finne. Jeg har også forsøkt å forklare så grundig som mulig for leseren om hvordan og hvorfor jeg har tatt de valgene jeg har gjort.

Videre nevnes det av Malterud (2011) at det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet og kalles for ekstern validitet. Dette i betydning av til hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende ut over den kontekst de er kartlagt i. Overførbarhet var ikke et mål i denne studien da formålet var å gi en beskrivelse av hvordan selvskadende kvinner opplever å bli møtt av hjelpeapparatet.

4.7 Etiske betraktninger

Etiske dilemmaer er ofte fremtredende i forskningsprosjekter hvor det er direkte kontakt mellom forskeren og de som studeres. De valgene forskeren tar i løpet av forskningsprosessen får konsekvenser for informantene (Thagaard 2009). I dette prosjektet har det foreligget en rekke etiske utfordringer jeg som forsker har måttet tatt stilling til. Jeg har reflektert over disse hele veien, og forsøkt å utføre min rolle som forsker på en moralsk og ansvarlig måte. NESH sine etiske retningslinjer i forhold forskning har ligget til grunn for prosjektet. Det handler om at man som forsker skal ha respekt for menneskeverdet og respekt for informantenes integritet, frihet og medbestemmelse (NESH 2006).

De utforskede i denne undersøkelsen regnes som å tilhøre en sårbar gruppe, da informantene regnes for å ha psykiske lidelser av ulike slag. Videre hevder Hem (2009) at opplevelse av smerte og fortvilelse gjør personer med psykiske lidelser særlig sårbare. Sårbarheten får betydning for hvordan vi skal tenke om forskningsetikk. Det handler blant annet om hvordan jeg som forsker er meg bevisst hvilken rolle jeg har, og hvordan jeg kan være med å påvirke den intervjusituasjonen og det materialet som skapes. Intervjusituasjonen er preget av en relasjonell interaksjon mellom forskeren og informanten (Kvale og Brinkman 2009). På den ene siden tenker jeg at mye handler om hvordan jeg som forsker greide å skape en trygg og avslappet atmosfære før, under og etter intervjuet. Tjora (2013) skriver at det særlig er viktig at forskeren jobber for å opparbeide tillitt i intervjusituasjonen når man forsker på sensitive temaer. Det faktum at jeg besatt en forforståelse for gruppens sårbarhet førte til at jeg hele veien var bevisst nødvendigheten av rett ivaretagelse av kvinnene under intervjuet. Videre hadde jeg lang erfaring med å samtale med mennesker med psykiske lidelser gjennom min yrkespraksis. Min «bagasje» var derfor med på å påvirke den interaksjonen som fant sted mellom meg og deltakerne. I sosialt arbeid vektlegges de relasjonelle aspektene som et viktig grunnlag for å utvikle en god dialog (Levin 2004). Ved å benytte mine kunnskaper fra sosialt arbeid i forhold til hvordan man skaper trygge relasjoner og god kommunikasjon, samt ved å benytte min erfaring fra samtalsituasjoner i yrkespraksis forsøkte jeg å skape en trygg og tillitsfull atmosfære overfor informantene. Videre benyttet jeg god tid til samtale rundt prosjektet med kvinnene før båndopptakeren ble slått på. Eksempelvis forklarte jeg om

hvordan dataene ville bli behandlet etter intervjuet i forhold til anonymisering av data og sletting av intervjuene fra båndopptaker og PC. De ble også orientert om at det var rom for å sette båndopptakeren på pause når de måtte ønske det, samt at jeg svarte på de spørsmålene de ønsket svar på. Under intervjuene, var det rom for å snakke litt vidt og «rundt grøten», noe jeg mener var nødvendig for å skape en avslappet stemning. Slik Tjora (2013) skriver lot jeg informanten få tid til å bli fortrolig med situasjonen før jeg kom inn på temaer som kunne være vanskelige, følsomme og personlige. På den andre siden krevde den nærheten som oppsto i feltarbeidet, samt min forforståelse, at jeg som forsker var meg selv bevisst hvilken rolle jeg hadde. Videre forklarte jeg tydelig for informantene formålet med studien, hva informantene kunne bidra med samt hvilken rolle jeg som forsker ville utspille i undersøkelsen. Dette var viktig da jeg lett kunne assosieres til det å «være sosionom» og at dette kunne påvirke de data som kom fram i intervjuet. Eksempelvis krevde NSD at jeg skulle informere eventuelle informanter som var pasienter eller som sto i avhengighetsforhold om at det å delta i studien ikke skulle få innvirkning på deres forhold til behandlere eller andre dersom de ikke ville delta i studien eller valgte å trekke seg. Dette gjorde jeg i tilfeller der det var nødvendig. Ellers forsøkte jeg i intervjusituasjonen å unngå å være den som pratet mest samt å legge føringer for de spørsmål og ledende spørsmål som ble stilt. Altså forsøkte jeg å fremstå så «nøytral» som mulig og unngå å bli for engasjert i tematikken. Jeg forsøkte så godt jeg kunne å legge min forforståelse til side og lytte til informantene. I ettertid ser jeg likevel at jeg tolket intervjuene og utsagnene ut fra min forforståelse for tema. Min fagbakgrunn og forforståelse la derfor føringer for hvilke funn og kunnskap jeg la vekt på i intervjuene og i analysen. Slik Thagaard (2009) hevder, vil den faglige plattformen forskeren representerer prege forskerens forståelse av resultatene. Uansett om den teoretiske forståelsen forskeren utvikler i analysen er nært knyttet til informantenes selvforståelse, er forskerens forståelse en fortolkning av informantenes selvforståelse. Slik jeg ser det kan det være at informantene blir overrasket over de funnene og de perspektiver det blir gjort rede for i rapporten. Det er mulig de hadde andre forventninger enn det som er kommet frem.

Ellers nevner Thagaard (2009) tre områder det er særlig etiske betraktninger en som forsker hele veien må ta hensyn til. I forhold til det *informerte samtykket* nevner Hem (2009) at brukeres sårbarhet innebærer ikke nødvendigvis at de har redusert/manglende samtykkekompetanse. Brukere er ikke uten preferanser og verdier selv om de er sårbare eller regnes som å tilhøre en sårbar gruppe. Slik som beskrevet tidligere, gav jeg nøye informasjon om de vesentlige aspektene ved prosjektet og konsekvensene av å delta i det før intervjuet.

Videre forsikret jeg meg om de virkelig forsto disse aspektene ved at de signerte skriftlig informativt samtykke samt at de avla muntlig informativt samtykke i starten av intervjuet. Slik Kvale og Brinkman (2009) skriver, kan en skriftlig avtale tjene som beskyttelse både for deltakerne og forskeren i forhold til undersøkelser som kan gi anledning til konfliktspørsmål. Man har da et signert samtykke om deltakelse i studien, samt tillatelse til fremtidig bruk av materialet. I forhold til spørsmålet vedrørende hvor mye informasjon som bør gis, var jeg hele veien bevisst på at det var viktig for meg å gi så nøyaktig informasjon som mulig om prosjektets ulike aspekter. Hvor mye informasjon jeg gav før intervjuet ble vurdert i forhold til gruppens sårbarhet, slik at de var klar over hva det innebar å delta i studien. Jeg ønsket å forsikre meg om at de fikk fullstendig informasjon for å ikke villedte deltakerne.

I forhold til kravet om *konfidensialitet* hevdes det at de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold, blir behandlet konfidensielt. Forskeren må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersonene det forskes på (NESH 2006). I denne studien har jeg derfor anonymisert alle personidentifiserende opplysninger, navn på enkeltpersoner, hendelser som kan knyttes til enkeltpersoner og institusjoner som ble nevnt i intervjuene. Videre er eventuelle skademethoder som var lett gjenkjennelige og hendelser knyttet til disse anonymisert. Slik Malterud (2011) skriver har jeg dermed endret på noe av informasjonen i presentasjonen av funnene. En betingelse for dette er at det er gjort uten å forstyrre grunnleggende forutsetninger for forståelsen av det prosjektet skulle utforske (ibid). Videre ble alle intervjuene slettet fra båndopptaker og PC etter oppgavens innlevering. Personidentifiserende opplysninger jeg har hatt liggende har vært oppbevart i skuffe med lås på, adskilt fra andre opplysninger som har hatt med studien å gjøre. Transkriberte intervjuer og signerte skriftlige informative samtykker ble makulert etter studiens slutt.

Et tredje prinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis kan knyttes til de konsekvensene forskningen kan ha for deltakerne. Det hevdes at forskeren har et ansvar for å unngå at de som utforskes utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (NESH 2006). Forskningen skal være til hjelp for mennesker, men ikke på den bekostning av at andre tar skade av å komme frem til noe som hjelper. Samtidig skal mengden av ubehag stå i forhold til nytteverdien og samfunnets interesser må ikke gå foran den utforskedes velferd (NESH 2006). Videre hevdes det at når informantene gir sitt samtykke må de tåle en viss belastning, da det er sannsynlig at den aktuelle forskningen er til direkte eller betydelig nytte for den enkelte eller gruppen det

forskes på (ibid). Jeg tenker at det i denne studien handler om det som Hjelmeland (2010) hevder, at å delta i intervjuer kan være emosjonelt smertefulle for informanten da det kan bli rippet opp i vonde episoder de har opplevd i livet. Det kan være vondt å snakke om, men samtidig bearbeidende. Det sies at dette ikke er farlig så lenge informanten blir adekvat ivaretatt (ibid). Altså kan informanten få emosjonelle reaksjoner under eller i etterkant av intervjuene. Ut fra dette tenker jeg at det var avgjørende for hvordan jeg som forsker ivaretok informantene forut, under og etter intervjuet. Videre at de ble orientert nøye om de konsekvenser som kunne oppstå, samt at de ble informert om hvordan deres konfidensialitet skulle ivaretas. Min erfaring som sosionom fra psykiatrien og i forhold til hvordan man skaper trygge relasjoner, førte til at jeg var i stand til å ivareta informantene om de skulle få emosjonelle reaksjoner under eller etter intervjuet. Mine forforståelser fra sosialt arbeid, arbeidspraksis og kunnskap om tema førte til at jeg var trygg som forsker i møtet med kvinnene. Videre hevdes det at informanten får mulighet til å fortelle sin historie gjennom kvalitative intervjuer og kan føle at en gjør noe nyttig for andre ved å bidra med sin historie slik at andre kan tilegne seg kunnskap gjennom denne (Hjelmeland 2010).

5.0 Sentrale funn

Det kom frem i analyseprosessen at de sentrale funnene i denne studien hadde alle utgangspunkt i positive og negative erfaringer informantene hadde gjort seg i møte med hjelpeapparatet. I tillegg gav de åtte informantene uttrykk for hvordan de selv ønsker at hjelpere skal møte dem. De positive møtene blir presentert først, deretter negative møter og til slutt deres ønsker om hvordan hjelpere skal møte dem.

5.1 Presentasjon av informantene

Jeg har valgt å gi hver enkelt informant et fiktivt navn. Dette for at det skal være lettere for leseren å danne seg et mer realistisk bilde av kvinnene og deres stemmer når jeg gjengir sitater i teksten nedenfor. Jeg har valgt å kalle deltaker nummer en for *Vilde*, informant nummer to går under navnet *Siri*, deltaker nummer tre kalles *Trine*, informant nummer fire *Sunniva*, deltaker nummer fem er kalt *Lena*, informant nummer seks *Mona*, deltaker nummer sju *Mira* og informant nummer åtte heter *Sonja*.

Ellers hadde kvinnene en aldersvariasjon fra 18-45 år. Det brede aldersspranget hadde liten betydning når det kom til de ulike opplevelsene deltakerne hadde gjort seg i sin kontakt med hjelpeapparatet. Med andre ord betyr dette at kvinnene som var i 20-årene hadde så å si like «mange» møter og opplevelser med hjelpere gjennom sin fartstid i eksempelvis psykiatrien som de som var i slutten av 30- og i 40-årene.

5.2 Å få god hjelp og omsorg

Felles for informantene var at alle gav beskrivelser av å ha mottatt god hjelp og omsorg i møte med hjelpere. Dette kom frem gjennom måten de beskrev at de var blitt behandlet på, hvordan profesjonsutøvere hadde vært i interaksjonen med dem. En av kvinnene skilte seg noe ut fra de andre på dette området da hun kun skildret et par episoder hvor hun hadde følt seg ivaretatt, mens de resterende sju kom med flere eksempler. Å få god hjelp og omsorg innebar blant annet at profesjonsutøverne var vennlige, ydmyke og støttende i situasjoner hvor selvskading hadde funnet sted. Trine beskrev dette i et positivt og vennlig møte hun hadde hatt med en hjelper på følgende måte:

Dog det er noen som dulter deg i armen og sier: Haha! Så flink du er. Også har du den ene hjelperen som gav en klem i stedet, og en klapp på skuldra, i stedet for å si at han var en samtalepartner, som torde å si noe om seg selv til oss pasienter. (Trine)

Mira oppsummerte noe liknende om hjelperne i et ambulant psykiatrisk team.

Profesjonsutøvere fra teamet kom innom henne ukentlig. Hun sa:

De bryr seg! De er helt fantastiske mennesker som jeg skulle ønske at alle kunne ha rundt seg. Jeg vet, jeg hadde ikke vært der jeg er i dag hvis ikke de folkene der hadde vært der, rett og slett. (Mira)

Kvinnene gav videre uttrykk for at det å bli møtt med varme og forståelse gav opplevelsen av å føle seg trygg og godt ivaretatt i en ellers ofte kaotisk situasjon.

Eksempelvis kom dette frem da Siri beskrev møtet med en av sine miljøterapeuter på følgende måte:

..hun er innom til meg en gang i uka, hjemme hos meg og bare liksom... og det er sånn trygghet i å ha de avtalene og sant, så kan jeg avlyse når jeg ikke trenger det i det hele tatt. Men ja, de er veldig fleksible og greie, alle de som jeg har rundt meg nå. (Siri)

Tilsvarende beskriver Sunniva om møter hun har hatt med leger på sykehuset rett etter selvskadingsepisoder:

Noen leger er veldig greie, veldig rolig. Det har jo hendt at jeg er ganske hysterisk, og noen bare prøver å roe meg ned og «det her ordner vi og sånne ting». (Sunniva)

Intervjuer spør henne deretter om hvordan hun føler seg ivaretatt av det psykiatriske teamet hun har rundt seg i hverdagen. Sunniva svarte:

Det er litt forskjellig etter hvem det er men de fleste synes jeg er... er veldig flinke å se... se meg... (...)...Noen av de er kanskje flinkere til å se at jeg trenger en samtale enn hva jeg er selv. Og bare Kanskje vi skal ta en prat nå?»... jeg bare: «Ehh..nja, nei..jo..nå tar vi en prat». ..(...)Kan være litt greit noen ganger å bare, for jeg har aldri vært den som har stilt meg først i køa eller ropt høyest. (Sunniva)

Historiene kvinnene delte viste at det å føle at de blir respektert av hjelpere fører til positive møter, og de sitter igjen med opplevelsen av å få god hjelp og omsorg.

5.2.1 Å bli møtt som et menneske og ikke som en «typisk selvskader»

Flere av informantene gav uttrykk for viktigheten av å bli møtt som et menneske og ikke som en «typisk selvskader» når de er i kontakt med hjelpere. Det var mange av deltakerne som påpekte viktigheten av dette. De forklarte at dette handler om at profesjonsutøvere ikke forbinder de med å «være en diagnose» som er vanlig for selvskadende å ha, at de ikke blir stemplet med «merkelapper» som knyttes til kvinner som ofte selvskader, og at de ikke får kritikk eller straff for at «de har utført skaden selv».

Eksempelvis kommer dette frem i beskrivelsen til Vilde da hun blir sydd av en lege etter å ha kuttet seg:

...han sydde mens jeg lå på benken, og han sang mens han sydde og dro vitser, og det var egentlig helt fantastisk. For da, ja, han var veldig opptatt av at han ville hjelpe meg da. Han gav meg ikke kritikk eller, det er det som er skummelt når du selvskader, at leger er veldig raske til å se ned på deg, du har jo tross alt gjort det selv så hvorfor skal jeg hjelpe deg og sånne ting. Mens måten han behandla meg på, det var egentlig veldig positivt. (Vilde)

Samtidig gav Sunniva uttrykk for noe liknende da hun fortalte hvordan hun ble møtt da hun var i kontakt med saksbehandler i NAV:

De har behandlet meg veldig greit. De ser ikke på meg som en selvskader som liksom, og er sint for det og provosert over det. (Sunniva).

Tilsvarende sa Lena da hun beskrev forskjellen i behandlingen hun fikk av hjelpere på et sykehus i motsetning til et annet:

....det har liksom vært, jeg har følt at jeg har vært mye bedre ivaretatt liksom sånn da. De har liksom, de har ikke bare sånn der:» Åja, nok en selvskader stampelet»..(...). Jeg har liksom ikke følt at du bare er en sånn der «nok en inntoks i forehud liksom».(...). Jeg var jo på en avdeling der en gang og det var liksom sånn... det var sånn der... jeg følte liksom ikke at du bare var en ting (Lena)

Videre fortalte Mona om at hun hadde vært lagt inn ved Distriktpsikiatrisk senter. Hun skildret behandlingen hun mottok der slik:

... men der synes jeg det var ganske bra, bare sånn for å ha litt balanse i det jeg sier. For det er ikke helt svart hvitt der. Men mye diagnoser og merkelapper.....(...). Det var egentlig bare at det var noen vennlige mennesker der som så hele meg, og som var respektfulle. Også var det andre som var veldig opptatt av å sette merkelapper å sånn. (Mona)

Oppsummert sett så handlet det om at informantene så det som nødvendig at profesjonsutøvere møtte dem som et vanlig menneske, som er likeverdig med hjelperne selv og andre brukere. Dette så de som avgjørende for at de skulle sitte igjen med gode erfaringer i samhandling med profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet.

5.3 Tillitsfulle relasjoner

Alle deltakerne gav uttrykk for at de hadde utviklet tillitsfulle og nære relasjoner til hjelpere gjennom sin fartstid i hjelpeapparatet. Majoriteten av åtte informanter satte relasjonen de hadde med fastlegen sin høyt. Alle beskrev at denne relasjonen var preget av omsorg, respekt

og forståelse. Det kom frem at det å bli møtt på denne måten er med på å skape en følelse av støtte og trygghet i en ellers ofte kaotisk og vanskelig hverdag.

Sonja beskriver dette når hun forteller om relasjonen til fastlegen sin på følgende måte:

(...) Ja... og han har fulgt meg hele veien sånn at.... han ser med en gang det er noen ting ...(...)... jeg synes jeg blir tatt veldig godt i vare på ...tatt...på legekantoret. Både av de som jobber i luken og blodprøvedamen og (...).Nei , han er en kjempekar.... (...) Han hører på meg. Altså kommer jeg der med, altså hadde, jeg har tatt opp det... hvis jeg vil, trenger akutttime så er det ikke alltid jeg har villet akuttpsykiatrisk, men at det kan være somatiske ting i tillegg. At det alltid blir fokus på «hvordan har du det i dag, trenger du en innleggelse?». Men, etter å ha tatt opp så har det blitt bedre. (...) Får han ting til jul ...Han får en liten ting til jul og litt sånne ting...Altså vi har et veldig godt forhold... nå går jeg til han en gang i uken, nå mens jeg venter på ny behandler ...så det er han jeg går til... (...) Nei.....altså han tar meg alvorlig på begge måter... altså er det ryggen som er vond så er det:” Åh ...da må vi ta MR igjen for å se om”...(...) Sånn at detda bare sjekker vi ut hva det er og om det er noe... (...).Sånn nå..når har han, egentlig synes jeg egentlig hele tiden vært – likt han veldig godt. (Sonja)

Tilsvarende skildrer Mona når hun forteller om relasjonen hun har til sin fastlege:

Den er kjempebra. Det er en fantastisk lege. Snakker med henne om alt så hun vet alt om selvskading og alt. (...). Ja, helt fantastisk! Kunne ikke vært bedre. (...). Hun ser veldig helhetlig på ting (...). Fastlegen er ikke opptatt av diagnoser og sånne ting. (Mona)

De fleste av kvinnene hadde også utviklet nære relasjoner til andre hjelpere enn fastlegen. Disse kunne være hjelpere av ulike profesjonsgrupper innad i helse og sosialsektoren. De mellom- menneskelige møtene var også preget av respekt og omsorg.

Mira kommer med et eksempel på dette når beskriver en nær relasjon hun har utviklet til en psykolog innenfor psykiatrien som hun har gått fast til i den siste tiden:

Nei...men jeg har..men hun psykologen jeg går til (...) Eh....der er jeg blitt tatt imot på en helt fantastisk måte som jeg har venta på så lenge... jeg blir nesten rørt av glede når jeg tenker på det. (...)....m-m---både hun er utrolig fantastisk og hun tar seg tid til meg og hører på meg og hun tar...gjør....gjør handling da....og til og med nå den uka her når ikke hun har vært på jobb så har hun sørget for at en annen har fulgt meg opp da...og tilbudt meg, om det så er

telefonsamtaler eller timer, uansett hva jeg måtte ønske og eh ...der...vi....jeg føler at de virkelig bryr seg om å hjelpe deg, og det er helt utrolig..(...) Ehhh...uff....en ting er det at hun faktisk tar meg i mot på en veldig varm og god måte. Men også så..jef..passer hun på å gjøre ting forebyggende sånn ellers da. Hun vet hvordan jeg kan bli i perioder når det gjelder sånn suicidalitet og sånn da, så hun har lagt inn noe sånn ehh ... suicidalrapport i journalen min, så hvis jeg noen gang oppsøker legevakt... (Mira)

Når intervjuer spurte Siri om hun opplever å bli lyttet til og respektert i møtet med en spesifikk hjelper, så fortalte Siri betydningen av å ha en nær hjelper hun kan kontakte hele døgnet. Hun skildret denne situasjonen da hun sa:

Ja, veldig! Hjelperen er sånn som .. ja... sant hjelperen er sånn som jeg har mobilnummeret til, og jeg skriver masse mailer til henne. Det er liksom ofte lettere å skrive, og jeg kan ta kontakt når jeg vil eller når jeg trenger det. Så jeg prøver jo å gjøre detja altså..jegdet er veldig greit å ha den tryggheten, selv om det ikke er så ofte jeg har behov for det. (Siri)

Sistnevnte eksempel viser at noen av kvinnene har hjelpere som er tilgjengelige for de utenom arbeidstid. Dette var også noe deltakerne så på som en trygghet da profesjonsutøverne var lett tilgjengelige om akutte situasjoner skulle oppstå.

5.4 Opplevelsen av å bli krenket og såret

Alle kvinnene har erfart negative møter med profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet. Interaksjonen har vært preget av mangel på respekt, forståelse og ydmykhet overfor informantene. Deltakerne påpeker at dette kommer frem i hvordan hjelpernes væremåte, handlingsmønster og kommunikasjon er i møtene med dem. Kvinnene beskriver blant annet handlingsmønstrene fra hjelperne som krenkende, uvennlig, frekk, sårende og de nevner at flere av profesjonsutøverne kjefter og er sint på de etter selvskading har skjedd. Dette kommer blant annet frem i det Vilde deler i kommentarene hun fikk da hun var innlagt i psykiatrien for behandling:

de...de kom stadig med utsagn om at «du kan bare få deg mer å gjøre» og «det er bare å skjerpe deg å», ja... «finn på noe annet enn å skade deg»..liksom. (Vilde)

Tilsvarende negativ atferd og kommentarer hadde Siri opplevd da hun forteller om hvordan hun har blitt møtt på legevakta etter å ha selvskadet. Hun ble møtt med følgende utsagn:

(...) helt greit hvis de bare.. bare gjør jobben også ikke snakker. Men hvis de skal snakke så trenger de ikke si ting som gjør det verre liksom... (...) Ehm... ja, sant, sånn: «Du må slutte med dette her nå», eller... «Hvorfor gjør altså.....det blir veldig mye arbeid for oss» ... Og eller bare måten de steller sårene på.... at de gjør det liksom fort og vondt ... (Siri).

Sunniva oppsummerer generelle møter med leger på denne måten:

Jeg har møtt leger som egentlig aldri burde vært leger, de burde aldri ha jobbet med mennesker, de vet ikke hvordan det er å kommunisere, de sier og gjør ting som er helt uakseptabel. (Sunniva)

Videre forteller hun om møter med en leger ved sykehuset etter selvskading har skjedd:

Så har du dem som... leger som har sagt veldig upassende ting som at, bannet til meg, som skal sy uten bedøvelse, .. som har tilkalt vaktene på sykehuset fordi at jeg liksom har vært krakilsk og ikke villet ha hjelp enda jeg har sagt at: «Jeg vil jo ha hjelp og jeg... men... dere får ikke... for eksempel da, sy uten bedøvelse eller smertestillende eller noe sånne ting». (Sunniva)

Mona oppsummerer sine møter med hjelpeapparatet på følgende måte:

Men, jeg har jo hatt flere fine møter, men følt meg veldig lite respektert, lite, det er en stor mangel på ydmykhet og, Særlig som en person med mye ressurser, og som er tydelig så blir du ...(...)... (Mona)

Videre forteller hun senere i intervjuet vedrørende det samme temaet:

Så dessverre, så, jeg kan si mye... at det har vært mye bra og, men dessverre så synes jeg det er vært veldig mye vonde og trist... opplevelser da. Som jeg den dag i dag sliter med faktisk. For å få bearbeidet og... Jeg føler meg ganske traumatisert av hjelpeapparatet faktisk. (Mona)

Noen av informantene fortalte at de hadde blitt behandlet uten smertelindring etter at selvskadingen hadde skjedd. Noen av de andre nevnte som vi blant annet ser i eksempelet lenger oppe i teksten, at de hadde fått trusler om å ikke få bedøvelse. Sonja beskrev en episode der hun ble behandlet uten bedøvelse på legevakten. Hun hadde da vært innom

legevakten flere ganger samme dag grunnet selvskading. Hun beskrev hendelsen på følgende måte:

...fordi at han legen mente jeg ikke fortjente bedøvelse. Så han skulle sy mange sting uten bedøvelse. (...). Og han legen mente at det her: «Nå har det skjedd så mange ganger i løpet av dagen at nå skulle jeg kjenne på det skikkelig». Så han var både brutal, og først så sa han at han ikke hadde tid. (...) Da har han ikke tid til å gi bedøvelse, det var det første han sa...(...). Hadde jeg nå fått bedøvelse så hadde jeg nå ligget i ro. Så... når du blir sydd på veldig mange rare måter, tråkle lett sammen for det går mye fortere. (Sonja)

Noen av kvinnene nevnte også at da selvskading hadde skjedd mens de var innlagt på institusjon, så hadde de måttet vaske opp etter seg selv. Blant annet skildret Siri hendelsen slik:

Og så har det og vært sånn at når jeg har vært innlagt at jeg har fått beskjed om å tørke opp... når det har vært blod over hele rommet omtrentog fått beskjed om å vaske opp etter meg og... ja... litt sånt...(...). For altså - ikke sånn som når du blir møtt sånn som det der så forsterker det bare hatet du har mot deg selv der og da. (Siri)

Alle disse negative mellommenneskelige samhandlingene fører til at deltakerne sitter med en opplevelse av å ikke motta god helsehjelp og omsorg i sine møter med hjelperne.

5.4.1 Å bli «straffet» av hjelperne

Flere av informantene sier direkte eller indirekte at de har opplevd den negative behandlingen de har fått av profesjonsutøvere etter selvskading som «straff». Det kommer frem at det å bli «straffet» etter selvskading har skjedd er en negativ sanksjon i form av handling som hjelperne utøver overfor kvinnene. Det handler om at hjelperne behandler de hardhendt og uvennlig på grunn av det kvinnene har gjort mot seg selv.

Eksempelvis kommer dette frem når Vilde forteller om første gangen hun måtte sy hos en lege:

(...) og da møtte jeg en lege som over hodet ikke var, han virka ikke som han var interessert i å hjelpe meg fordi jeg.... hadde jo kutta meg selv og , og de sydde meg på tvang i gåseøyne da, jeg ville jo ikke sy, så det var et veldig skremmende møte egentlig da, og så spurte jeg om jeg kunne få, eller om bedøvelsen ville gjøre vondt og da bare sier legen at: «ikke vondere

enn det du har gjort til nå» på en sånn litt ja, ubehagelig måte.... Og mens han sydde så sydde han ganske hardt, han stramma skikkelig sånn at jeg liksom skulle føle på at dette skulle jeg ikke gjøre en gang til da. (Vilde).

Tilsvarende fortalte Siri om behandlingen hun fikk av profesjonsutøvere. Hun opplevde møtet med disse som å «bli straffet». Hun fortalte det på følgende måte:

Ehhh... det er veldig sånn sprøtt... for at der og da så vil jeg egentlig bare være aleine ...og ikke... sant... men så... blir du på en måte tvunget til, først å ..skal jeg si blottlegge deg... vise sårene ..og spørre og «sånn og sånn og sånn». Også skal de fikse det og så skal de på en måte «straffe» deg samtidig med å for eksempel gjøre det uten bedøvelse... for da gjør du det sikkert ikke flere ganger.... eller at du rett og slett blir sånn oversett i den situasjonen...(..)
(Siri).

Noe liknende oppsummerte også Mona om sine møter med hjelpeapparatet generelt da hun sa:

... men det er veldig mye straff. Veldig mye opplever jeg som mye straff... det er egentlig det som er gjennomgående i mine møter med hjelpeapparatet. Det er veldig mye straff når du selvskader deg. Og du blir sett på som en veldig manipulerende pasient. (Mona).

Videre forteller Lena om da hun var innlagt på sykehus og møtte en lege som ikke gav henne smertelindring etter en selvskadingsepisode. Hun skildrer hendelsen slik:

Det er vel sånne der, sånne som ikke vil gi deg smertelindring da, det er jo... Ja, altså sy uten bedøvelse, dem er det jo en del av, det har heldigvis blitt færre av dem (...). Men sånn som nå nylig når jeg var mye på sykehuset, så var det, da fikk de jo en sånn fiks ide om at jeg ikke skulle få smertestillende for det hadde noen overordnede sagt... (...). Nei, men de overordnende sa at jeg ikke skulle ha så mye smertestillende for da kanskje jeg sluttet å skade meg (...). Havner på sykehuset og «ikke faen om du skal, skal ha skikkelig vondt mens du er der, nå skal vi plage deg skikkelig». Det blir sånn her... det er helt... ehhh, ja, det er sånn ... det er sånn tortur vet du. (Lena)

Deltakerne sitter med det inntrykket av at hvis hjelperne gir negativ pleie og omsorg så er meningen at kvinnene blant annet skal komme til å slutte med selvskadingen.

5.5 Å ikke bli tatt alvor når en ber om hjelp

Nesten alle informantene gav uttrykk for at de sitter med en opplevelse av å ikke bli hørt eller lyttet til i sine møter med profesjonsutøvere. Det handler først og fremst om at de ikke blir tatt på alvor når de ber om helsehjelp av ulike former. I tillegg nevner de at de har blitt møtt med avvisende eller ignorerende kommentarer og atferd fra hjelpere når de ytrer sine ønsker og behov i ulike situasjoner. Dette fører blant annet til at kvinnene føler de har lite de skulle ha sagt i forhold til sitt eget liv i sine møter med hjelpeapparatet. Mange nevner eksempelvis at dette kan omhandle at de ber om innleggelse, utredning eller spesifikke behandlingsopplegg, men at profesjonsutøvere til tider avviser ønskene da de ikke ser behovet. Intervjuer spurte Vilde om hvordan hun opplever å ikke bli lyttet til av hjelpere og da svarer hun at:

... jeg blir sint og provosert og ...ja... og du føler at det ikke er noen vits i å oppsøke hjelp... og du blir veldig .. hva skal jeg si.... motløs! Og det som er så rart er at når du sliter med selvskadingsproblematikk så får du ofte beskjed om at du skal si i fra, ta kontakt før du gjør noe... men da får du ikke hjelp... og så gjør du noe og så ber du om hjelp også - også kommer de med den «Men hvorfor sa du ikke noe?»... så - så hva skal du gjøre da? Du sier ifra før du gjør noe, også blir du avvist også kommer du etter du har gjort noe også blir du ikke imøtekommet fordi du ja... nå klandrer de deg fordi du ikke sa ifra, men man prøver jo å si ifra! ... Så det er egentlig bare et håpløst system... (Vilde).

Trine forteller om sin oppgitthet over at ansvarsgruppen hun hadde tidligere «snakket over hodet» på henne. Hun beskrev det da hun sa:

Jo, etter at jeg presterte å si til dem det, for... første gangen jeg sa at, det her er fire år siden, fire-fem-seks år siden ... så satt de da ... eleve stykker å snakket over hodet på meg..og tre av dem hadde med seg sine egne studenter, og alle sammen satt og snakket om «hva vi synes er best for Trine»... «Mens Trine satt og tviholdt i kaffekoppen sin og tenkte»... «hva i helsike er det dere driver på og snakker om?»... pst... på et tidspunkt så ble det nok, og jeg satte fra meg kaffekoppen min og så reiste jeg meg opp, og så ser jeg på de og så sa jeg: «Så fint at dere vet hva som er best for meg, så fint at dere sitter å snakker over hodet på meg, da kan dere fortsette med møtet deres, så kan jeg gå ut og ta meg en røyk». (Trine)

Den samme deltakeren nevnte følgende om første gangen en hjelper spurte henne om hva hun selv ønsker med livet sitt:

(...). Du blir... altså man blir behandlet sånn veldig ovenfra og ned til... Det er ingen som spør: «Hvordan ville du ha?».... Første gangen noen... en lege eller noen i systemet spurte meg: «Hvis du kunne ha valgt på øverste hylle hva ville du ha hatt for noe da?»... var for et halvt år siden! Første gangen noen som helst spurte:» Hva vil du? Hva kan vi gjøre for at du skal få det sånn som du vil?» Det er et halvt år siden! Altså, jeg har stått i behandling i ti år. (Trine)

Flere av kvinnene forteller blant annet at de har vært suicidal. De har da enten prøvd å ta sitt eget liv, selvskadet alvorlig, ytret at de har hatt tanker eller planer om å ta sitt eget liv, og ikke blitt tatt på alvor når de har bedt om hjelp fra ulike instanser i hjelpeapparatet. Noen av dem har blant annet erfart å ha blitt sendt hjem fra sykehus/psykiatrisk sykehus til tross for å ha bedt om hjelp, og dette ofte uten noen form for oppfølging i ettertid. Lena forteller dette da hun skildrer et møte med en lege på psykiatrisk sykehus:

Og på en måte så var jeg nå og snakket med lege der oppe og på en måteehhh... så hun legen da... hun var liksom sånn der, var egentlig ikke så veldig interessert. (...) Jeg husker egentlig ikke så mye av den samtalen, det jeg husker var liksom at hun legen lurte på jeg hadde tenkt å ta livet av meg, og så sa jeg ja. Du må være ærlig sa hun, så jeg sa jo ja: «Ja, jeg har det». Også sa hun:» Ja, du må ikke tro at du kan sitte og true deg til en innleggelse». Jeg bare sånn: «Hva? Ja, men. Neivel, ok, greit! Hadet. Jeg går». (...)... det var jo sånn der... så først så oppfordret hun meg til å være ærlig. Så når jeg er ærlig, så er det sånn der... påstår hun at jeg driver og truer meg til noen ting. (Lena)

Tilsvarende gav Mona uttrykk for den gangen hun gav beskjed om at hun trengte hjelp fordi hun var livredd for å selvskade seg mens hun var innlagt ved psykiatrisk institusjon. Hun fortalte om hvordan hun ble møtt etter å ha bedt om hjelp:

... og da sa hun bare: «Du får gå ut å gå deg en tur». Da hadde jeg tilgang ut, rundt huset da, eller bygningen der. Og jeg tenkte: «Jaja, jeg får prøve det». Jeg kom tilbake og da sa jeg til henne: «Jeg føler akkurat det samme trykket,» og da bare sa: «Da får du bare gå på rommet ditt». Jeg gikk inn på rommet mitt, og da husker jeg ikke helt hva jeg fikk tak i, men da hadde jeg fått tak i, husker ikke om det var glass eller om det var kniv, eller hva det var. Og da kuttet jeg meg opp. Og det så også sikkert helt jævlig ut. Og jeg skjønte jo det at jeg,

jeg følte at jeg var helt i, gal i hodet. Men... også kom hun inn, og så jo alt dette blodet, så sa hun bare: «Nå har du brutt alle regler her». Så smalt hun døren igjen. Det var alt hun sa... (...) Og dagen etterpå så fikk jeg bare beskjed om at jeg var kalt inn til overlegen. Og da bare sa han at, han også en annen lege der, og hun kontaktpersonen, så sa de at: «Ja, du har brutt alle regler her, og du er nå, blir nå skrevet ut». (Mona)

Mira oppsummerer sine møter med hjelpeapparatet med at hun ikke opplever å bli tatt på alvor uansett hva hun ber om av hjelp. Hun skildrer dette på følgende måte:

Eh...jeg har ...det som jeg tenker mest på er vel det at jeg ikke føler at jeg blir tatt på alvor når jeg forteller hvor alvorlig det er. Fordi fra bare... man kan være på et punkt hvor man prøver å skjule det så mye som mulig og ikke helt er der at man tørr å si akkurat hvordan ting er da. Og det gjør det bare vanskeligere å få den hjelpen man faktisk trenger. Men fordi det... det er ...jeg har hatt det sånn her så lenge så har jeg kommet på et sånt sted at... at jeg er ikke redd for å si hvordan det er ... jeg forteller at «sånn og sånn er det og jeg trenger den og den hjelpen».... men jeg går rundt med sånn følelse da med at når det er jeg som sier at «det er jeg som har det sånn», blir det ikke tatt like alvorlig som hvis det er en pårørende som ville sagt det samme om meg da.... (...).det... føles ut som ikke de som har hatt mulighet til å hjelpe meg egentlig har brydd seg nok da. Eller jeg vet ikke. ...(...)... Det er jo veldig frustrerende fordi.... eh ... en ting er bare det at jeg er sliten, men at jeg også må gå å tenke på om hvorfor jeg ikke blir tatt på alvor...da fordi om det er på grunn av dem? Har jeg uflaks med de jeg møter på? Eller er det fordi at jeg er et sånn uløselig problem som ingen kan hjelpe på en måte? (...)... jeg synes jo lenge jeg har prøvd og prøvd å få dem til å forstå hva jeg trenger...at jeg trenger hjelp på en måte så.... ehh ...og helt....til og med når jeg mens jeg hadde begynt og ... når jeg da hadde begynt å tydd til rusmidler da, og jeg faktisk har fortalt det med en gang jeg har begynt, at: «Nå orker jeg ikke å holde ut mer, jeg trenger noe annet å gå....støtte meg på» , men allikevel så bare blir føles som blir tatt mot sånn: «Oki, du gjør det ja». Eller da jeg fortalte om at jeg begynte å skade meg,... da det begynte...også bare, følte jeg at det også var sånn:» Ja, ok». Ehm ... også har jeg bare fått fortsette på en måte uten at(...) selv om når jeg også spurte om, tryglet om innleggelses og alt sånn der, det er sånn: «Nei, det er ikke aktuelt, du må bare holde ut på en måte.» Litt sånn: «Gå i behandling, gå i samtaler».... men det har jeg jo gjort i mange år så. (Mira)

Det helhetlige inntrykket kvinnene sitter med i forbindelse med disse faktorene er at hjelperne «vet best» uansett hva deltakerne selv forsøker å formidle. Informantene sier de føler seg «overkjørt» eller møtt med «ovenfra- og ned holdning» av profesjonsutøvere.

5.6 Respekt som grunnlag i alle møter

Alle kvinnene har et inderlig ønske om å bli møtt med respekt av hjelperne. Flere forklarer at dette er det viktigste av alt i samhandlingen de har med ulike personer fra hjelpeapparatet. De beskriver på ulike måter hva de legger i det å bli «møtt med respekt». Blant annet handler det om at hjelperne klarer å være ydmyke, varme, vennlige og forståelsesfulle i situasjoner som generelt er kaotiske og angstpreget for kvinnene. Når intervjuer spør Vilde om hvordan hun ønsker å bli møtt så svarer hun følgende:

Egentlig med ydmykhet og forståelse og respekt! (...)... at folk blir mer ydmyk og... Altså når man møter profesjonsutøvere i helsevesenet så er jo de ofte de som får vite det du ikke forteller dine nærmeste ...så... og derfor så mener jeg at.... de bør møte deg med egentlig ganske stor ydmykhet da ... og ikke minst takknemlighet for at demfor at dem i det hele tatt har kontakt og. (Vilde)

Under intervjuet med Trine beskriver hun et ønske om å bli møtt med varme og omsorg i sine møter med profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet. Hun sa følgende:

Det du trenger å høre er det at: «Så bra at du klarte ombestemme deg!»..Du trenger ikke å høre noen ting engang egentlig... du trenger at noen gir en klem liksom. Du trenger at noen driver og trækker tur med deg i to timer uten å si noen ting uten å gjøre noen tingbare noe helt annet. (Trine)

Noen av deltakerne påpeker også her, nødvendigheten av å bli lyttet til og tatt alvorlig når de forteller noe. Mange nevner også at dette ikke innebærer å bli møtt med sinne og frustrasjon som kommer frem i form av negative handlinger og kommentarer fra hjelperne. Dette er med på å forverre en allerede fortvilt situasjon for kvinnene. Eksempelvis forklarer Trine i intervjuet nødvendigheten av å bli lyttet til ved at profesjonsutøvere respekterer henne slik:

Ja! Sant... hør på hva jeg sier! ..ikke...altså ... det er sånn her: «Ikke hør på det jeg sier- forstå hva jeg mener!». Hvis jeg sier at jeg trenger hjelp så mener jeg at jeg trenger hjelp. Hvis jeg sier at jeg har vondt så mener jeg at jeg har vondt uansett hvordan jeg ser ut på utsiden. (...)... Hvordan kan jeg respektere noen... Hvordan kan jeg respektere noen som - som ikke respekterer meg? Hvordan kan jeg brette ut sjelen min til noen som ikke- som jeg ikke vet noen ting om en gang? ... (...) (Trine)

Tilsvarende nevner Mira vedrørende viktigheten av å bli behandlet med respekt:

Jeg vil bli møtt og behandlet med respekt, og.....med...på en god varm måte... og ikke på alle de måtene jeg har fortalt, alle eksemplene jeg har opplevd. Men det er spesielt det der med å bli tatt alvorlig når man faktisk kommer og forteller hvordan ting er. Hva man har gjort, eller hva man gjør eller hva man tenker at man skal gjøre.....Jeg trenger å bli hørt liksom.....eh..... jeg vet ikke om noe mer jeg kan si om det...det er (...). Alt av motsatt av det jeg har opplevd! (Mira)

Videre hevder Sunniva at å møte en selvskadende med frustrasjon og sinne ikke er å møte en med respekt. Hun beskriver dette når hun får spørsmål av intervjuer om hvordan hun ønsker at hjelpere skal være i samhandlingen med henne:

Med ... å være litt forståelsesfull. Jeg kan skjønne at det kan vær vanskelig hvis de ikke har vært i noen samme situasjoner selv, men ... det er ...Det er så mange måter å - å ta i mot en selvskader på når du eventuelt må på sykehus og sånne ting. At de..dus... det å for eksempel å bli bannet til av en lege. Det ... Det hører ingen plass hjem. Altså det... Jeg vet ikke.... hva som foregikk oppe i hodet på den legen ...og og det med å være litt ... Forholde seg rolig og ...Jeg tenker, de kan - de kan mene og tenke mye rart om meg, men de trenger ikke å si det. De trenger ikke å... å... kjeft og smelle og....være ubehagelig og...ha upassende oppførsel for ddd - det hjelper ikke!... Det hjelper ikke på meg og jeg tror ikke det hjelper på noen selvskadere å bli kjeftet på og bli ...ehh...for det...det er en fortvilet situasjon! (Sunniva)

Lena oppsummerer kort hvordan hun ønsker å bli møtt av hjelpere når intervjuer spør henne hva hun legger i ordet respekt:

Ja. Altså det innebærer det meste synes jeg egentlig på en måte...(...) Toleranse, omsorg, altså ...at man ikke er frekk. ... Ja, forståelse ja, at du ikke på en måte er frekk og ...Det er på en måte å være litt ydmyk i forhold til ...det er faktisk en grunn til at en person velger å skade seg selv. Det... som regel. Eller, ikke som regel, men det er jo det. (Lena)

Slik situatene overfor viser kommer frem fra kvinnenes utsagn, at grunnlaget for å kunne gi god omsorg og ivareta disse kvinnene er å kunne møte de med respekt.

5.6.1 Drømmen om å ikke bli møtt som en «typisk selvskader»

Mange av informantene påpeker et ønske om å ikke bli møtt av hjelpere som en «typisk selvskader». Det handler særlig om at de ikke ønsker å bli knyttet til spesifikke egenskaper personer som selvskader ofte har felles. Disse egenskapene kan eksempelvis være bestemte diagnoser kvinnene ofte får som emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, at de selvskader for å få oppmerksomhet, at de er manipulative og så videre.

På spørsmål om hvordan hun selv ønsker å bli møtt av profesjonsutøvere forteller Trine følgende:

Det jeg synes egentlig generelt er det at ... en diagnose har ingen... det er ingen som er tekstbokeneksempel på noe. Det er ingen der ute som – som klaffer de- de fantastiske hvis du har den diagnosen skal du behandles sånn, hvis du har den diagnosen skal du behandles sånn. Jeg har prøvd å fingermale følelsene mine, jeg har prøvd å lage scrapbok over det lykkeligste øyeblikket i mitt liv. Jeg har prøvd å ha samtaler med en plysj rev, der jeg har latet som at jeg har vært den jeg er og den jeg er sint på. Jeg har prøvd alle de her rare greiene. Jeg har også blitt slengt inn på psykiatrien og slengt ut igjen fordi at min diagnose tilsier at. Og problemet her er det at min diagnose var plutselig den jeg var. Ikke... altså... jeg var ikke lengre Trine. Jeg var liksom ... liksom, emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller ... ikke sant... fordi det eneste du egentlig trenger å spørre om er: «Gjør det vondt, og hvor gjør det vondt henne?» Sånn som jeg sier dette her med: «Hva vil du? Hva har du lyst til?» Hvis det er noen som kommer å- hvis noen spør: «Hva vil du? Hva har du lyst til?» «Du er så sliten at du klarer ikke å svare på det en gang. Kanskje du skulle ha sovet litt, kanskje du skulle ha slappet litt av». «Kanskje du skal finne på ting som er enklere å behandle- hvor vondt det gjør, enn å skade deg selv, enn å spy, enn å sulte, enn å” ...alle de her tingene. (...) ...som et voksent oppegående menneske som faktisk...(...) Ja! Jeg er ikke en diagnose...(...) Jeg ønsker å bli møtt som meg. Jeg ønsker at det liksom...(...) ... på en ordentlig måte! Sånn at jeg faktisk er det voksne oppegående mennesket som jeg faktisk er!» (Trine)

Mona beskrev tilsvarende da hun sa:

Respekt og ydmykhet i hvert fall og det at jeg må få lov til å være den jeg er med hele meg. Ikke bli møtt som en diagnose, bli møtt som et helt menneske. Og, «dere er ikke noe bedre enn meg». Dere er kanskje litt andre verktøy akkurat i den situasjonen, men, og ikke minst også forstå at ..det er jeg som kan ehhh... skal jeg si....lege meg selv (...). (Mona)

Hun nevner videre i denne sammenhengen at det bærende fundamentet i all samhandlingen mellom hjelpere og brukere må være respekt og ydmykhet. Hun sier at hun tenker at ved å ha disse to egenskapene som et fundament i samhandlingen så tåles det aller meste i interaksjonen.

Til slutt forklarer Sonja hvordan hun ønsker å bli møtt av hjelpere. Hun skildret dette på følgende måte:

Sånn som jeg blir møtt hos han fastlegen min. «At nå skal vi lappe deg sammen fint og nøye... ja sånnnå løser vi dette problemet her også tar vi de andre problemene på det andre kontoret». (Sonja)

Videre spør intervjuer om dette handler om å bli møtt med respekt og da svarer Sonja:

Ja! Og at det ikke er for oppmerksomhetens skyldog dette her med – altså mange tror at, tar du en overdose så er det for oppmerksomhet, og ønsket om oppmerksomhet- og du tar ikke så mye at de sier kroppen burde ikke tålt det. Ingen kropp burde tålt det. Men for det den har vært igjennom så tåler han det likevel. (Sonja)

Totalt sett nevner kvinnene at de lett opplever å bli behandlet etter «merkelapper» eller «myter» som knyttes til selvskadere generelt, i samhandlingen med profesjonsutøvere. Dette oppfattes som nedverdiggende og lite respektfullt fra deltakernes sin side.

6.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne studien var å undersøke hvordan selvskadende kvinner opplever at de blir møtt av profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet. Ifølge funnene som kom frem beskrev informantene sine møter med hjelpere enten som negative opplevelser eller som positive.

6.1 Kunnskap om selvskadingsens dynamikk- en nødvendighet

På den ene siden gav alle informantene uttrykk for at de opplevde møter med hjelpere som krenkende og sårende. Særlig viste dette seg i hjelpernes interaksjon med kvinnene og da i form av deres væremåter, handlingsmønster og kommunikasjon. Det handler om at informantene opplever å bli møtt krenkende, uvennlig, frekt, respektløst og med lite forståelse og ydmykhet. Omtrent like funn kommer også frem i studien til Rovik (2011) hvor selvskadende gav uttrykk for negative opplevelser med hjelpere mens de var innlagt i psykiatrisk avdeling. Dette i form av tilsnakking fra personalet som var hard, brautende, ufølsom, respektløs og infantiliserende. Hva er det som får hjelpere til å behandle selvskadende på denne måten?

Sutton (2007) skriver blant annet at det eksisterer en rekke myter og misforståelser i samfunnet i forhold til selvpåført skade. Stereotyper bidrar til å opprettholde myter, stigmatisering og fordommer overfor de som sliter med problematikken. Selvskadende har tradisjonelt sett blitt beskrevet på en nedsettende måte ved å bli stemplet som eksempelvis å være «utagerende», «manipulative» eller «borderline». Jeg vil tørre å påstå at disse mytene er med på påvirke det inntrykket hjelpere lett danner, og dette før de egentlig blir kjent med hvor kompleks situasjonen til kvinnene og selvpåført smerte er. Deretter vil jeg anta at dette er med å påvirke profesjonsutøvernes handlinger og væremåter overfor kvinnene. Samtidig hevder Mehlum og Ribe (2015) omtrent det samme når de skriver at negative stereotyper av ulikt slag ofte fører til at selvskadende blir møtt med negative og stigmatiserende holdninger både av hjelpere og generelt i samfunnet. Videre kommer det frem at flere av informantene i denne

studien opplever at møter med hjelpere ofte er preget av negativ atferd i form av aggresjon, kjefting og sårende kommentarer. Det at deltakerne sitter med et slikt inntrykk i sine møter med profesjonsutøvere kan blant annet være et resultat av at myter og misforståelser er med å påvirke deres holdninger i disse møtene. Totalt sett viser det seg at det flere steder er mangel på forståelse av det helhetlige sykdomsbildet hos kvinnene, og at det er med på å påvirke valg av tilnærming for hvilken behandling de får (McCallister 2003; Sutton 2007).

Det kan med andre ord virke som at hjelpere har stor mangel på kunnskap om selvskadingens dynamikk og hvilke mekanismer som er med på å utløse den destruktive atferden kvinnene utfører på sin egen kropp (McCallister 2003; Mchale og Felton 2010; Ribe og Mehlum 2015).

I sosialt arbeid møter man medmennesker ved å se på det helhetlige rundt individet. Hjelpere fanger opp både enkeltmennesket, gruppen og alle forhold rundt disse som kan ha betydning for individets problemer. Man ser på brukeren i interaksjon med andre, og det er ikke mulig å forstå selvskadende og kompleksiteten rundt fenomenet uten å ha et helhetlig forståelsesperspektiv (Shulman 2003). Ut fra dette perspektivet vil jeg hevde at hjelpere må møte selvskadende med en helhetlig forståelsesramme. Videre må de tilegne seg kunnskap om bakgrunnen for hvorfor kvinnene påfører sin egen kropp smerte, selvskadingens funksjon, hvordan de selv møter kvinnene og hvordan de bør oppføre seg i møte med selvskadende.

Når det kommer til kunnskap om tematikken omhandler dette for det første at hjelpere kjenner til bakgrunnen til hvorfor personer skader seg selv. Flere risikofaktorer for å utvikle denne type atferd har dype røtter i barndommen og oppvekstmiljøet til kvinnene (Gratz 2003). Et individs medfødte sårbarhet, traumatiske livshendelser som emosjonelle overgrep, forsømmelser, fysisk vold og mest av alt seksuelle overgrep, samt tap av omsorgspersoner, er alle med på å utvikle de betingelsene som fører til at kvinnene påfører skade på sin egen kropp (Gratz 2003; Sutton 2007). Som en reaksjon på traumatiske hendelser vil kvinnene kunne havne i dissosiasjon. Dette er en respons på overveldende begivenheter og bruken av den som primær psykologisk forsvarsmekanisme styrkes ved langvarige og gjentakende traumeopplevelser (Rubæk 2009). Miller (1994) hevder at det som fungerte som beskyttelse for barnet, fører til at den voksne kvinnen ikke klarer å utvikle nødvendig selvbeskyttelse. Dette da hun vil fortsette å dissosiere da hun ikke har lært passende og effektive måter å beskytte seg selv på. Sammenhengen mellom følelser, tanker og språk brytes, og hun kan oppleve å bli redd uten grunn, at det er tidstap i løpet av dagen og energien går med til å unngå å kjenne eller føle, unngå å relatere seg til noe og unngå å huske. Videre er

sammenhengen mellom selvskading og dissosiasjon kompleks (Rubæk 2009). Kvinnene selvskader ofte for å oppnå en indre følelsesmessig endring og det er ofte for å flykte fra ubehagelige og påtrengende minner og følelser som minner om traumet. Når de opplever flashbacks fra traumet havner de lett i dissosiasjon og selvskader dermed for å komme ut av tilstanden eller forhindre at den oppstår (Sutton 2007; Thorsen 2006). Samtidig kan selvskadingen være årsaken til at kvinnene havner i en dissosiativ tilstand eller at den inntreffer samtidig med tilstanden. Det skjer ved at personen kobler seg vekk fra en vond situasjon og selvskadingen benyttes til å fremkalle en tilstand av følelsesløshet og fremmedhet når øyeblikkets virkelighet blir for mye å takle (Rubæk 2009). Det poengteres også at særlige problemer kan oppstå for selvskadende som dissosierer før og under selvskadeepisoden. Dette fordi de går inn i en transeliknende tilstand, skader seg selv og ikke kjenner fysisk smerte mens dette skjer. Personen «kommer til seg selv» etter skadingen og husker ingenting av episoden eller hvordan skadene oppsto (Clark og Henslin 2007; Sutton 2007). Noen kjenner ikke smerte eller ubehag før etter timer eller dager (Walsh 2006). I tillegg til å reagere med dissosiasjon på traumatiske livshendelser, vil selvskadende utvikle negative selvinstruksjoner om seg selv. Disse ble innkapslet hos kvinnene i barndommen (Øverland 2006). De negative selvinstruksjonene fører til dårlig selvfølelse, følelser av å mislike seg selv sterkt, selvhat og avsky (Sutton 2007). Kvinnene kan også komme til å føle en dyp skam og skyld for traumene de har opplevd (Sommerfeldt og Skårderud 2009), og de negative selvinstruksjonene får ofte fritt spillerom når følelsen av skam er sterk (Øverland 2006). Damene forsøker dermed å dempe sin selvforakt ved å selvskade og skaden kan fungere som en måte å straffe seg selv på (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Det nevnes også at den selvskadende ofte utvikler psykiske lidelser og problemer senere i livet som følge av medfødt sårbarhet og traumatiske oppvekstforhold (Emmelkamp og Kamphuis 2007). Psykiske lidelser og problemer de ofte rammes av kan blant annet være dissosiative lidelser, posttraumatisk stresslidelse, personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon, spiseforstyrrelser eller rus. Disse opptrer ofte i samspill med hverandre mens kvinnene kjemper mot selvskading (McAllister 2003; Clark og Henslin 2007; Rubæk 2009). Favazza (2011) hevder videre at alle disse områdene omhandler erfaringer med ødelagte og forstyrrende relasjoner for kvinnene og er med på å utvikle en emosjonell dysregulering. Dette fører til at det blir vanskelig for de selvskadende å opprettholde gode relasjoner til mennesker, at de opplever sosial indre fremmedgjøring, har utydelige mellompersonlige grenser og stor indre smerte. De selvskader deretter for å regulere, lindre eller fjerne uutholdelige følelser, tanker og atferd (Favazza 2011).

Flere av informantene som deltok i denne studien var overlevende av traumatiske oppvekstforhold og slet med ettervirkninger av disse enten i form av generelle utfordringer i hverdagen, eller i form av psykiske lidelser eller problemer. I tillegg var de alle brukere av psykisk helsevern, og viser misnøye med tjenestene. Tilsvarende viser også studien til Favazza og Conterio som ble utført i USA i 1989. Her gav deltakerne også uttrykk for at de var tunge brukere av psykisk helsevern og hadde negative opplevelser i sine møter med hjelpeapparatet (Favazza og Conterio 1989). Jeg tenker at hjelpere som møter selvskadende på den negative måten informantene i denne undersøkelsen har fortalt om, ikke besitter den helhetlige forståelsen som er nødvendig i deres møter med kvinnene. Ved å ikke forstå hva som fører til selvskading, og det komplekse samspillet mellom de ulike fenomenene, kan det virke som at hjelpere får negative reaksjoner av ulikt slag som igjen går utover behandlingen kvinnene mottar. I Taylor m.fl (2009) sin forskning poengteres det at det er stor mangel på kunnskap om selvskading og dens dynamikk hos helsepersonell i flere deler av verden.

I forhold til kunnskapsutvikling på området så handler det også om at de som jobber med selvskading må ha kompetanse til å håndtere sine egne reaksjoner i møtet med kvinnene (McCallister 2003; Mchale og Felton 2010; Ribe og Mehlum 2015; Taylor m.fl 2009; Thorsen 2006). Det hevdes at selvskading er med på å utløse sterke følelser hos hjelpere i deres møter med kvinnene (Sommerfeldt og Skårderud 2009) og at alle som jobber med mennesker som selvskader blir påvirket (Øverland 2006). Reaksjonene profesjonsutøvere ofte får er av både fysisk, psykisk og mellompersonlig karakter (Walsh 2006), og det poengteres at det derfor er ekstra viktig for hjelpere som arbeider med mennesker med psykiske lidelser og problemer, deriblant selvskading, å ta sine egne reaksjoner på alvor ved å erkjenne og bearbeide egne reaksjoner (Øverland 2006). Hvis ikke hjelperen har kompetanse til å takle dette kan det komme til å true behandlingen selvskadende får innad i hjelpeapparatet (Walsh 2006). Eksempelvis kommer det blant annet frem i denne studien at flere av kvinnene har opplevd å bli behandlet uten smertelindring etter at selvskading har skjedd, eller de har mottatt trusler fra hjelpere om at de ikke skal få bedøvelse. Samtidig nevner også noen at de hadde måttet vaske opp etter seg selv når selvskading fant sted under innleggelse i sykehus. Ut fra hva kvinnene forteller om den behandlingen de mottar, samt hva litteraturen og forskningen viser så vil jeg tørre å påstå at den negative atferden og handlingen profesjonsutøverne utfører overfor kvinnene blant annet handler om at hjelperne ikke har kompetanse til å håndtere sine egne reaksjoner og følelser i møtet med den selvskadende. Jeg antar at det handler om forhold hos hjelperen selv som fører til at de ikke klarer å utøve god helsehjelp og omsorg i sine

møter med kvinnene. Informantene som deltok i undersøkelsen til Harris (2000) fortalte tilsvarende da de opplevde å bli møtt med fiendtlig pleie. Dette beskrev de som å bli møtt med lite forståelse og uvennlige holdninger. Hendelsene var traumatiserende, ydmykende og uhyggelige i deres møter med hjelpere. Tilsvarende viser studien til Shaw og Sandy (2016) at profesjonsutøveres emosjonelle reaksjoner i møte med selvskadende er negativt ladet. Dette fremkommer fra deres holdninger mot gruppen. Hjelperne hadde negative holdninger som eksempelvis at brukerne ville fortsette å skade seg selv uansett om de fikk hjelp eller ikke. Videre ble følelser av sinne og frustrasjon særlig rettet mot selvskadende og mest negativt ladet mot de som selvskadet seg om og om igjen. Flere av hjelperne som deltok i studien gav uttrykk for at selvskadende måtte møtes med rigid og kontrollerende behandling. Dette særlig med formål om at å behandle de negativt kunne komme til å minke selvskadingen.

Hjelpere kan blant oppleve å føle seg maktesløse i møte med selvskading, da situasjonene ofte er vanskelige å være i og erfaringene viser at man ikke klarer å hjelpe (Rubæk 2009). Reaksjonen av maktesløshet kan være ulik fra gang til gang, den kan være akutt, med overveldende sinne, man blir forvirret og målløs. Å bli overveldet av maktesløshet fører ofte til at den empatiske forståelsen og tilnærmingen til den selvskadende reduseres slik at et forsvar hvor man stenger ut kvinnenes lidelse bygges opp (Øverland 2006). Resultatet av dette fører ofte til at damene blir møtt med strenge sanksjoner foran en mer fleksibel tilpasning og tydelighet (ibid). Profesjonsutøvere kan også komme til å oppleve motoverføringsreaksjoner. Dette omhandler den totale emosjonelle reaksjonen, både ubevisste og bevisste følelser samt handlemåter som vekkes i hjelpere i deres møter med selvskadende. Reaksjonen er en måte å overføre egne følelser og erfaringer til brukeren på (Geirdal 2017). Øverland (2006) påpeker at kvinnens såre og vanskelige erfaringer fra barndommen raskt kan gjenskapes i forholdet til hjelpere. Dette aktiviserer sterke følelsesmessige reaksjoner for profesjonsutøvere i relasjonen til den selvskadende og en fylles med følelser og affekter som brukeren plasserer i oss (Jørstad 1999). Følelsene hjelpere kjenner på i denne sammenheng er ofte angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighetsfølelse og hjelpeløshet (ibid). Konsekvensen av at profesjonsutøvere ikke kjenner til denne følelsesmessige reaksjonen kan føre til at man blir mindre empatisk eller den profesjonelle grensen utfordres slik at behandlingen av kvinnene blir mislykket for den selvskadende (Øverland 2006). I tillegg kan profesjonsutøvere komme til å oppleve vikarierende traumatisering. Dette handler om at å arbeide med traumatiske hendelser er belastende i seg selv og da særlig over tid. Dette fører til at hjelperen kan komme til å utvikle eller oppleve traumatiske reaksjoner lik de kvinnene har,

bare i mindre grad. På lang sikt kan dette føre til at hjelperen oppfatter seg selv, verden og andre mennesker annerledes enn tidligere og føre til en endring innenfor den psykiske og profesjonelle funksjonen til profesjonsutøveren (Trippany, Kress og Wilcoxon 2004). Om man ikke er oppmerksom på hva som skjer i slike situasjoner og ikke kjenner til hvordan man skal takle sine egne følelser, så kan en oppleve økende belastninger i behandling av kvinnene og ellers. Konsekvensene er at hjelperen blir mindre empatisk eller den profesjonelle grensen utfordres og resultatet blir mislykket behandling for den selvskadende (Øverland 2006).

Kvinnene i denne studien forteller om det å bli «straffet» i sine møter med hjelpere etter at selvskadningen har funnet sted. Det å bli straffet beskrives som en negativ sanksjon gjennom handlingen profesjonsutøverne utøver overfor kvinnene. Eksempelvis at de blir behandlet hardhendt og uvennlig på grunn av det de har gjort mot seg selv. De nevner blant annet at de blir straffet i form av å bli sydd hardt og stramt etter selvskading slik at de skal føle på at dette ikke må gjøres en gang til, eller at de blir nektet smertelindrende medisiner. Informantene sitter med et inntrykk at hvis profesjonsutøvere gir negativ pleie og omsorg så er det et budskap til dem om at de skal komme til å slutte med selvskadningen. Jeg tenker at det at hjelperen velger å «straffe» den selvskadende for at de har utført skaden på sin egen kropp selv, blant annet eksempelvis kan handle om at hjelperen føler seg maktesløse i møtet med kvinnene. Uansett hvordan de forsøker å hjelpe så kommer kvinnene inn med nye og alvorlige skader. Den empatiske forståelsen kan da reduseres slik at frustrasjon og sinne går ut over brukeren. Videre kan det også handle om forhold hos kvinnene er med på å skape frustrasjon hos hjelperen. «Bagasjen» som kvinnene bærer med seg etter negative oppvekstforhold og psykiske lidelser fører til at kvinnene lett kan misforstå eller komme i konflikt med andre mennesker. Særlig kan dette skje i forhold til hjelperens rolle (Linehan 1993; Sutton 2007). Dette kan videre føre til at profesjonsutøvere får vanskeligheter med å behandle kvinnene på en ordentlig og ivaretagende måte. Slik Øverland (2006) skriver det så viser det seg at den selvskadende lett blir møtt med strenge sanksjoner eller med utydighet når det de egentlig trenger i en slik situasjon er en mer fleksibel tilpasning og tydelighet.

Informantene i studien nevner også negative opplevelser i sine møter med hjelpere ved at de ikke blir tatt på alvor når de ber om hjelp. Dette handler om at de ikke blir hørt eller lyttet til av profesjonsutøvere i form av at de blir avvist eller ignorert. Hjelperne benytter da negative kommentarer og atferd i møtet med informantene når de ytrer sine ønsker og behov i ulike situasjoner. Totalt sett føler de at de har lite de skulle ha sagt om sitt eget liv i sine møter med hjelpeapparatet. Damene opplever å ikke bli hørt i sine møter med hjelpere til tross for at

retten til brukermedvirkning er lovfestet. Denne rettigheten handler om at selvskadende har rett til å medvirke i spørsmål som gjelder sitt eget liv

(Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). For å klare å yte best mulig hjelp må profesjonsutøveren ta den selvskadende på alvor, behandle hun med respekt, samt at brukeren må føle trygghet og tillit og få hjelp når behovet er der. I tillegg må også profesjonsutøvere ha evnen til å lytte til det kvinnene sier (Helsedirektoratet 2017).

Videre fortalte informantene også at de har bedt om hjelp fra ulike instanser i situasjoner hvor de har forsøkt å ta sitt eget liv, har selvskadet alvorlig, samt hvor de har ytret at de har planer om å ta sitt eget liv. Noen av de har erfart å bli sendt hjem fra sykehus uten noen oppfølging i ettertid og dette til tross for at de har bedt om ytterligere hjelp. Deltakerne sitter totalt sett med en følelse av at hjelperne «vet best» og de føler seg «overkjørt» og blir møtt med «ovenfra- og ned holdning».

Ut ifra dette vil jeg hevde at hjelpere ikke forstår nødvendigheten av å lytte til kvinnenes ønsker og behov. Selvskadende er eksperter på eget liv og vet best om sine egne ønsker, mens hjelperen sitter med fagkunnskapen som er nødvendig for å klare å hjelpe (Helsedirektoratet 2017). Det kan virke som at profesjonsutøverne misforstår viktigheten av dette og tror deres fagkunnskap kan settes høyere foran brukers egne uttalelser. Dermed føler kvinnene seg overkjørt og at de ikke blir tatt på alvor i møtet med hjelpere. Slik Shulman (2003) nevner så kan hjelperen få problemer med å utvikle relasjoner med sårbare mennesker hvis ens evne til å lytte til det brukeren sier svekkes. Da vil også den empatiske forståelsen overfor selvskadende minke og det vil være med på å påvirke den behandlingen selvskadende får.

6.2 Respekt og profesjonalitet fører til gode opplevelser

På den andre siden kom det også frem at alle informantene hadde positive opplevelser i sine møter med hjelpeapparatet. I dette var det særlig fokus på at de ble møtt med respekt av hjelpere etter at selvskading hadde skjedd. En positiv interaksjon med profesjonsutøverne var i fokus, og hjelperne fremsto blant annet som vennlige, støttende, forståelsesfulle og ydmyke. I studien utført av Lindgren m.fl (2004) nevnte også informantene opplevelser hvor hjelpere

var vennlige og respektfulle i tilnærmingen. Dette viste de ved at de blant annet var til å stole på, at de møtte brukeren med åpenhet og var tålmodig. Kvinnene opplevde at de ble sett på som et likeverdig menneske med ressurser, ønsker, lengsler og behov. Ved at de ikke ble oversett av profesjonsutøveren, at de kom overens med hjelpere, at de ble trodd på og forstått av hjelpere så ble selvbildet styrket. Når de ble satt pris på av hjelpere og forventningene ble innfridd så ble medmenneskelig behandling bekreftet. De satt med flere positive opplevelser i sine møter med hjelpeapparatet.

Det er her blitt nevnt ulike faktorer som bidrar til at hjelpere ikke klarer å møte selvskadende på en respektfull og ivaretagende måte. Samtidig så eksisterer det profesjonsutøvere som klarer å gi kvinnene god og respektfull behandling. Jeg antar blant annet ut ifra hva litteraturen på området sier, og i forhold til funnene som er kommet frem i denne undersøkelsen at hjelpere som møter kvinnene på en empatisk og forståelsesfull måte, møter fenomenet med et helhetlig perspektiv og har utviklet en rekke ferdigheter som fører til at de klarer å erkjenne og bearbeide sine egne reaksjoner på en god og profesjonell måte. Anstorp (2014) hevder blant annet at for at profesjonsutøvere skal unngå å bli like utslått og hjelpeløs som brukeren er så sees det som nødvendig at hjelpere klarer å skape litt avstand fra selvskaderens dramatiske skadevirkosomhet. Det handler rett og slett om at de benytter en rekke ferdigheter i sin profesjonelle verktøykasse som inspirerer til drivende god behandling.

Først og fremst så nevnes viktigheten av at hjelpere må forstå selvskading som en overlevelsesstrategi og mestringsstrategi (Anstorp 2014; Sutton 2007). I dette perspektivet ser man funksjonen av selvskadingen som et resultat av traumatiske hendelser og dype følelser av maktesløshet. Det beskrives som et «smertebytte» da overveldende psykisk og usynlig smerte blir til fysiske sår som er enklere å takle for kvinnene. De opplever lettelse og trygghet etterpå og unngår å kjenne på den emosjonelle smerten (Sutton 2007). Profesjonsutøvere forstår da at selvpåført smerte har livreddende funksjoner og viser aksept bak handlingen som ligger bak selvskadingen. Man hjelper da kvinnene med å skape mening i de skamfulle handlingene og bidrar til å endre et fastlåst destruktivt mønster (Anstorp 2014). Deltakerne nevner videre at det å bli møtt med varme og forståelse gav de en opplevelse av å føle seg trygg og godt ivarett i en ellers ofte så kaotisk situasjon. Ut ifra dette vil jeg tolke det dit hen at ved å klare å forstå og se at selvskadingen har livreddende funksjoner, samtidig som man viser aksept for det som ligger bak handlingen så vil hjelperen også lettere klare å vise forståelse og møte kvinnene med nødvendig respekt. Dette fører igjen til at damene opplever å bli møtt med varme, forståelse, trygghet og god ivaretagelse. Anstorp (2014) nevner også at hvis hjelpere

møter fenomenet med en slik forståelse så har den helt bestemte konsekvenser for tilrettelegging av behandling og hvordan en klarer å møte denne gruppen av kvinner.

På bakgrunn av dette tenker jeg at det særlig er to ferdigheter hjelpere som er i kontakt med selvskadende bør mestre, og det er at man er i kontakt med sine egne følelser og at man klarer å reflektere over egen praksis. Førstnevnte spiller en avgjørende rolle for hvordan vi forstår en situasjon og hva slags relasjoner en utvikler (Eide og Eide 2017). Profesjonsutøvere kan ha følelsesmessige sperrer eller tabuområder som hindrer en i å leve seg empatisk inn i den selvskadedes opplevelsesverden (Røkenes og Hanssen 2012). En vesentlig del av hjelperens jobb er derfor å gjenkjenne hvilke reaksjoner som aktiveres i en selv, og videre hva en gjør i forhold til tankene, følelsene og om det finnes alternative måter å håndtere disse på. Det handler om å være seg bevisst hvordan en reagerer i vanskelige situasjoner med selvskade slik at en lettere kan forutse hvordan en vil reagere og øve på å håndtere situasjonen (Ribe og Moe 2007). Sistnevnte ferdighet gjør profesjonsutøvere bevisst for å skape mening og forandre forståelsen av det som skjer når noe overrasker, er uvant eller problematisk (Askeland 2006). Dette gjør man ved å ha en åpen, søkende og reflekterende holdning til fenomener og prosesser som en møter i yrkessammenheng og til sine egne erfaringer og handlinger. Det handler om at ved å ha en kontinuerlig refleksjon gående har en mulighet til å endre sin egen tenkemåte samt sine følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner (Røkenes og Hanssen 2012). Refleksjon over egen praksis retter seg særlig mot hjelperens holdninger og at de viser respekt for brukerne, hvilke valg som tas i vanskelige situasjoner og hva man gjør når man oppdager at noe ikke er som det bør være, og at rutiner og organiseringen på arbeidsplassen fungerer slik at man ivaretar brukerne godt og rettferdig (Eide og Eide 2017). Eksempelvis kom det blant annet frem at informantene satt med en opplevelse av å få god hjelp og omsorg i sine møter med hjelpeapparatet. I dette la de særlig vekt på hvilken måte de ble behandlet av hjelpere på, hvordan profesjonsutøverne hadde vært eller oppført seg i interaksjonen med dem. Gode og positive opplevelser ble beskrevet ved at hjelperne var vennlige, ydmyke og støttende i situasjoner hvor selvskading hadde skjedd. I fokus var særlig den positive interaksjonen og væremåten profesjonsutøverne hadde utført i samhandlingen med kvinnene. Gjennom dette opplevde kvinnene å bli respektert og motta god hjelp og omsorg. Jeg tror dermed at hjelperne som klarer å møte og ivareta kvinnene på en medmenneskelig og ivaretakende måte i en ellers ofte kaotisk situasjon, blant annet er seg bevisst hvilke følelser situasjoner med selvskade vekker i dem og klarer å håndtere disse på en profesjonell måte. Samtidig så vil en god profesjonsutøver kontinuerlig reflektere over sin egen praksis noe som

fører til at en kan endre sin egen tenkemåte og holdninger. Deretter også de følelsesmessige og atferdsmessige reaksjonene som kan oppstå i møtet med kvinnene. Ved å benytte disse to ferdighetene kontinuerlig så vil det være positive føringer til grunn for behandlingen av damene. Slik som Ribe og Moe (2007) skriver så handler det rett og slett om at hvordan profesjonsutøvere i hjelpeapparatet reagerer i møtet med den selvskadende, vil legge føringer på hennes forestilling av den selvskadende og hvordan møtet blir.

Alt i alt så tolker jeg det dit hen at hjelpere må opptre profesjonelt overfor kvinner som selvskader. Dette skjer blant annet ved at profesjonsutøvere er i kontakt med sine egne følelser i møtet med den selvskadende og at de kontinuerlig reflekterer over egne holdninger og handlinger. Det betyr først og fremst at man til en viss grad må sette til side sine private preferanser og meninger og ta på seg de oppgavene som yrkesrollen krever. Hjelperen ivaretar bestemte funksjoner overfor brukeren i kraft av sin profesjonalitet og man skal da ikke være kald og upersonlig, men fylle yrkesrollen på en personlig måte hvor man er seg selv og setter sin egen farge på yrkesutøvelsen (Røkenes og Hanssen 2012). Eksempelvis kommer viktigheten av det å være en profesjonell fagperson frem gjennom de positive historiene informantene fortalte. Ved at hjelpere klarte å møte dem med respekt satt de igjen med en opplevelse av å motta god hjelp og omsorg. De opplevde å få god omsorg og støtte i en vanskelig situasjon. Grensen ligger i det å være profesjonell på en personlig måte og det å bli privat. Å dele personlige erfaringer kan stimulere til at den selvskadende blir mer åpen og personlig og skaper et jevnbyrdig forhold i relasjonen (Eide og Eide 2017). Likevel skal en ikke være for privat da dette kan skape uklare og urealistiske forventninger eller følelsesmessige problemer hos kvinnene (Røkenes og Hanssen 2012).

Samtidig som informantene sitter med en opplevelse av å bli straffet i sine møter med hjelpere, så sitter de også med en opplevelse av at de ikke blir det. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde å få god hjelp og omsorg så lenge de ble møtt som et menneske og ikke som en «typisk selvskader». Dette skildret de som viktig ved at profesjonsutøvere ikke stempler dem med «merkelapper» som ofte knyttes til kvinner som selvskader. Særlig i fokus hos informantene var det at de ikke blir forbundet med å «være en diagnose» og at de ikke får kritikk eller straff for at de «har utført skaden selv».

Det eksisterer en rekke negative myter og misforståelser i samfunnet knyttet mot selvpåført skade (Harris 2000; Lindgren m.fl 2004). Disse bidrar til å opprettholde negative og stigmatiserende holdninger mot kvinnene i møte med hjelpere (Sutton 2007). Når kvinnene

snakker om at de ikke ønsker å bli knyttet til det å «være en diagnose», så er det først å fremst diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse de tenker på. Kvinner som har denne diagnosen er ofte preget av intense negative emosjoner og har nedsatt evne til å regulere og holde ut disse i mellommenneskelige sammenhenger (Urnes 2009). Deres relasjoner til andre er ofte kaotisk, intens og markert av vanskeligheter og de har ofte problemer med å gi slipp på relasjoner (Linehan 1993). Det nevnes også at selvskadende atferd ofte blir sett på som et oppmerksomhetssøkende verktøy, og at dette er en av måtene damene med denne diagnosen forsøker å tiltrekke seg fokus fra andre på. En av symptomene ved lidelsen er at kvinnen plasserer alt rundt seg i kategorier som godt eller dårlig, og i samspill med hjelpere vil de derfor oppfatte profesjonsutøvere som enten det ene eller det andre. Videre kan det føre til at kvinnene «splitter» personalet fra hverandre da de setter hjelpere opp mot hverandre. Profesjonsutøvere reagerer ofte med aggresjon foran å forsøke å være tålmodig i behandlingen av den selvskadende eller å forsøke å forstå årsakene til atferden (Miller 1994). For det første vil jeg poengtere at kvinnene kan ha problemer med mellommenneskelige forhold når de har denne diagnosen, noe som igjen vil være med å påvirke hvordan relasjonen til hjelperen blir. Kvinnene kan lett komme i konflikt eller misforstå profesjonsutøverens intensjoner med behandlingen, slik at hjelperne deretter reagerer med negative sanksjoner overfor den selvskadende (Miller 1994). Samtidig så tenker jeg at det handler om at hjelpere som klarer å forstå hvilke egenskaper som ligger i det å ha denne diagnosen, og som ikke lar seg påvirke av negative myter som knyttes til den klarer å yte god helsehjelp og imøtekomme kvinnene på en respektfull måte foran å benytte en tilnærming som kan være skadelig for dem. Informantene i denne studien nevner blant annet at det å bli behandlet som et likeverdig og vanlig menneske, og ikke som en diagnose, var avgjørende for at de skulle sitte igjen med en god opplevelse i sine møter med hjelpeapparatet.

Informantene nevnte også at de sitter med gode opplevelser i sine møter med hjelpere når de ikke får kritikk eller straffes for at de «har utført skaden selv». Det faktum at kvinnene sitter igjen med positive opplevelser kan blant annet handle om at profesjonsutøvere ikke knytter selvskadingen til noe de gjør for å få oppmerksomhet. Det står i litteraturen at atferden lett knyttes til dette, men at det egentlig handler om det stikk motsatte (Ribe og Mehlum 2015). Den sterke indre smerten damene kjenner på er ofte så stor og fører til at de ikke klarer å uttrykke seg verbalt. Hvis de da ikke blir møtt på en respektfull måte så ender det ofte med at de skader seg (Sutton 2007). Selvskadingen er et ledd i å kommunisere til andre og er et uttrykk for behov for hjelp eller for å uttrykke indre smerte (Ribe og Mehlum 2015). I tillegg

så holdes nesten alltid selvskadningen skjult fra omverdenen ved isolering eller ved å dekke til sårene (Urnes 2009), dette fordi kvinnene skammer seg over det de driver med (Anstorp 2014). Det hevdes også at det smerter hjelpere å se at enkelte velger å påføre en i utgangspunktet frisk kropp skade. Dette kan for mange være uforståelig, samtidig som man ikke er vant til å behandle mennesker som igjen og igjen kommer inn med skader eller samme type skader, hvor reparasjonsforsøkene blir sabotert (Thorsen 2006). Til tross for hva profesjonsutøvere foretar seg for å hjelpe, så kan kvinnene fortsette å skade seg hyppig og alvorlig (Rubæk 2009). Hjelperes faglige kompetanse utfordres derfor kraftig i møte med selvskadende og frustrasjonen de opplever å ha overfor det den selvskadende gjør mot seg selv fører lett til at hjelpere forhåndsdommer, og dermed møter kvinnene med bebreidelser og sanksjoner (D'Onofrio 2007). Flere av deltakerne i denne studien gir uttrykk for at de opplever å bli møtt som et vanlig menneske som er likeverdig med hjelperne, og sier at de ikke opplever å bli behandlet etter «merkelapper» selvskadende ofte får. Jeg antar at hjelperne i sine møter med kvinnene dermed klarer å se bort fra myten om at de selvskader for å få oppmerksomhet. Den gode profesjonsutøveren klarer å forstå at det er en måte å kommunisere ens indre smerte på, at det er et rop om hjelp. Samtidig tenker jeg at det vil være lettere for hjelperen å forstå hvorfor den selvskadende påfører sin friske kropp skade om og om igjen når man klarer å møte kvinnen med en helhetlig forståelse i forhold til sykdomsbildet og selvskadningens dynamikk. Hjelperne klarer derfor å behandle kvinnene med den respekten som er nødvendig for at informantene skal sitte igjen med positive opplevelser i sine møter med hjelpeapparatet. Mcallister (2003) og Sutton (2007) hevder også at hvis profesjonsutøvere behandler selvskadende etter «merkelapper» så vil det gi negative konsekvenser for kvinnene da det er med å påvirke måten andre mennesker oppfatter de på. Dette er i tillegg med på å påvirke valg av tilnærming til behandling. Forskningen til Shaw og Sandy (2016) viser også at hjelpere har negative holdninger rettet mot selvskadende. Dette i form av at de plasserer dem under ulike «merkelapper». Eksempelvis gir profesjonsutøverne uttrykk for at selvskadende «kaster bort tiden deres» og at de er «oppmerksomhetssøkende». Dette fører igjen til at de møter de negativt med sinne og frustrasjon i form av rigide og kontrollerende tilnærminger.

Det å være en god hjelper og særlig i forhold til selvskadende handler blant annet om at den som skal hjelpe mestrer god profesjonell kommunikasjon i møtet med kvinnene (Eide og Eide 2017). Hjelperen må møte den selvskadende med tydelig og god kommunikasjon, respekt, empati og medfølelse (Eide og Eide 2017; Miller 1994; Ribe og Mehlum 2015; Øverland

2006). Disse verdiene og holdningene er et godt utgangspunkt for deretter å kunne bygge tillitt med kvinnene (Røkenes og Hanssen 2012).

De traumatiske oppvekstforholdene damene har hatt fører til at de har vanskelig for å stole på andre (Sutton 2007). Særlig fører seksuelle overgrep til problemer i tilknytning overfor andre mennesker da overgrepene ofte skjer i tilkynningsforhold og tillitten til andre mennesker blir traumatisert. Dette fører til redusert kapasitet for utvikling av trygge tilknytninger senere i livet (Anstorp 2014). I tillegg sitter kvinnene med følelser av svik, opplevelsen av å bli forlatt og avvising. De er ofte desperate etter å finne noen å stole på, men angst og frykt kommer ofte i veien for å skape tillitsfulle relasjoner. Å oppnå tillit hos kvinnene kan derfor ta lang tid, og om man klarer å skape en varm, trygg, fortrolig og sterk relasjon så kan det være den selvskadende klarer å betro seg om de underliggende problemene som fører til selvskadningen (Sutton 2007). Til tross for dette kom det frem at alle informantene hadde utviklet tillitsfulle eller nære relasjoner til hjelpere av ulikt slag. Majoriteten av kvinnene satte relasjonen de hadde med fastlegen sin høyt og sa den var preget av omsorg, respekt og forståelse. Videre vektla de måten de ble møtt av fastlegen på da den var med på å skape en følelse av støtte og trygghet.

Det nevnes at det å skape tillit skjer i en gjensidig prosess mellom profesjonsutøveren og den selvskadende og at hjelperen er den som strekker seg lengst ved å vise sin empati i form av medfølelse, aksept, støtte og samtidig utfordrer den andre parten (Ribe og Mehlum 2015). Dette legger grunnlaget for utviklingen av tillitsfulle relasjoner med den selvskadende og betydningen av å arbeide gjennom slike relasjoner poengteres en rekke steder i litteraturen (Ribe og Mehlum 2015; Sutton 2007; Røkenes og Hanssen 2012; Øverland 2006). Også i sosialt arbeid arbeider man med og gjennom relasjoner. Profesjonsutøveren er fullstendig avhengig å opparbeide en tillitsfull relasjon med klienten, som i dette tilfellet er den selvskadende, for å kunne hjelpe (Levin 2004). Informantene gav uttrykk for at de tillitsfulle relasjonene de hadde utviklet med hjelpere totalt sett var preget av respekt og omsorg og flere sa de hadde mulighet til å kontakte hjelpere utenom vanlig arbeidstid.

Øverland (2006) poengterer også at den behandlingen selvskadende får må ha utgangspunkt i en sikker relasjon. Profesjonsutøveren bør rose klienten for at hun klarer å utsette selvskadningen foran å kritisere når det skjer, samt at den selvskadende skal møtes på en nøytral og respektfull måte etter selvskade har skjedd. Det er også viktig å unngå maktkamper. Behandling av selvskadning bør ha utgangspunkt i disse faktorene og den enkelte

hjelper bør tilpasse tilnærmingen etter hvilke kontekster en møter kvinnen i og hvilken rolle en har. En trygg allianse er uansett forutsetningen for en vellykket behandling (ibid).

6.3 Rettigheten om respektfull behandling

I tillegg til å fortelle om sine negative og positive opplevelser i møtet med hjelpeapparatet gav informantene uttrykk for hvordan de selv ønsker å bli møtt av hjelpere. Disse ønskene skildres som noe de drømmer om at skal skje.

Det eksisterer en rekke sosialfaglige og helsefaglige verdier og normer som er nedfelt i lovverk og yrkesetikk, samt verdier som er allment akseptert i samfunnet. Lovverket tar utgangspunkt i rettferdighetsprinsippet og menneskerettigheter, og hjelpere er forpliktet til å følge disse i sine møter med mennesker (Røkenes og Hansen 2012). I Helse og omsorgstjenesteloven nevnes det at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven §1-1). Dette poengteres også i Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1). I tillegg står det i Psykisk helsevernloven at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven § 1-1). Alle deltakerne i undersøkelsen gav uttrykk for et ønske om å bli møtt med respekt. De beskrev dette som det viktigste av alt i sine møter med hjelpeapparatet. I dette i vektla de at profesjonsutøvere klarer å være ydmyke, varme, vennlige og forståelsesfulle i situasjoner som generelt er kaotiske for dem. Alt i alt så handler det om at de blir lyttet til og tatt alvorlig når de forteller noe eller ber om hjelp, og at de ikke blir møtt med sinne og frustrasjon i form av negativ atferd og kommentarer fra hjelpere. På den ene siden så viser lovverket at hjelpere er forpliktet til å behandle selvskadende med respekt. Til tross for dette så viser det seg gjennom funnene i denne studien at kvinnene blir møtt med negative kommentarer og atferdsmønster. Det at deltakerne opplevde å ikke bli møtt med respekt var gjentakende i de negative møtene. I stedet satt de med en opplevelse av å bli krenket, ydmyket og straffet av profesjonsutøvere foran å få god hjelp og omsorg. Som nevnt i den foregående diskusjonen så er det ulike

årsaker som fører til at hjelpere ikke klarer å forholde seg til lovverket i sine møter med selvskadende.

På den andre siden kom det frem at det å bli respektert var fremtredende i de positive opplevelsene. Disse var preget av ydmykhet, varme og forståelse. De opplevde da å få god hjelp og omsorg av hjelperne. Det nevnes også i litteraturen at hjelpere skal møte medmennesker med grunnleggende holdninger og se på andre som likeverdige. I sosialt arbeid er man opptatt av at hvordan hjelpere oppfatter den andre er bestemmende for hva en faktisk gjør i samhandling med andre og en skal være ydmyk i forståelsen av andre. Synet på den andre og tolkningen blir bestemmende for hvordan en forholder seg til sine medmennesker (Levin 2004). Samtidig nevner Eide og Eide (2017) at man ifølge allmennmoralen behandler mennesker med respekt gjennom at man er høflig, vennlig, lydhør, pålitelig og hjelpsom. Dette utgjør grunnlaget for gjensidig tillit, tilknytning, god kommunikasjon og samhandling med den selvskadende. Det viser seg dermed at det eksisterer profesjonsutøvere som klarer å forholde seg til lovverket og grunnleggende verdier og holdninger i sine møter med kvinnene. I tillegg besitter de nødvendig kunnskap i forhold til hvordan de skal møte kvinner som selvskadere.

Alle hjelpere må forholde seg til sine fagfelts yrkesetiske retningslinjer. I sosialt arbeid er disse fundamentert etter menneskerettighetsprinsipper og prinsipper om sosial rettferdighet (Askeland 2006). Det påpekes blant annet at hjelperen skal fremme likeverd og respekt, og de skal bistå mennesker som har behov for hjelp. Det handler om at profesjonsutøverens holdninger er preget av ydmykhet, velvilje og respekt for den enkeltes verdier og veivalg (Fellesorganisasjonen 2015). Kvinnene nevnte blant annet at de har en drøm om at hvis de blir respektert av hjelpere, så ville de ikke bli møtt som en «typisk selvskadere». Dette omhandler at spesifikke egenskaper som diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, at de selvskadere for å få oppmerksomhet og at de er manipulative og så videre, ikke er med å påvirke profesjonsutøveres holdninger og væremåte. Informantene tenker at hvis hjelpere klarer å møte de på en respektfull måte så vil de slippe å føle seg krenket og nedverdige i sine møter med hjelpeapparatet. Jeg ønsker derfor å påpeke at hvis hjelpere klarer å følge fagfeltens yrkesetiske retningslinjer så skal de klare å ivareta kvinnene på en vennlig og respektfull måte. Yrkesetikken kan være med å påvirke profesjonsutøveres holdninger overfor kvinnene, slik at eksempelvis myter og misforståelser som eksisterer i forhold til selvskadning blir oversett. Dette vil igjen påvirke hvilken behandling kvinnene får. De positive møtene viser at informantene sitter med en opplevelse av å bli møtt med respekt

når hjelpere ikke behandler dem som en «typisk selvskader». Med andre ord så følte de seg respektert i møter med hjelpere når profesjonsutøverne møtte dem som likeverdige mennesker. Hjelperne som klarer å møte kvinnene på denne måten klarer også å yte hjelp slik som det er beskrevet i Helsepersonelloven. Her står det at profesjonsutøvere skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra hjelperens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven § 4).

7.0 Konklusjon

Hovedfokuset i denne studien var å undersøke hvordan selvskadende kvinner opplever å bli møtt av profesjonsutøvere fra hjelpeapparatet. I tillegg søkte studien å få et innblikk i hvordan kvinnene selv ønsker at hjelpere skal møte dem. Det kom frem at deltakerne opplever å bli møtt både negativt og positivt av hjelpere. Når informantene snakker om negative opplevelser og erfaringer preges disse først og fremst av mangel på respekt. Her handler det om at profesjonsutøvers væremåte, kommunikasjon og handlinger er krenkende, sårende og uvennlige. Kvinnene opplever å få lite forståelse og ydmykhet i en generell kaotisk hverdag, og flere opplever å motta sanksjoner fra hjelpere i selvskadingsrelaterte situasjoner. Slik litteraturen viser så eksisterer det en rekke negative stereotyper i samfunnet rettet mot selvskading og kvinnene som utfører handlingen. Disse er blant annet med på å påvirke hvilken behandling damene mottar av hjelpeapparatet. Totalt sett handler det om at profesjonsutøvere mangler kunnskap om selvskadingens funksjon og hvilke mekanismer som er med på å utløse atferden. Å forstå samspillet mellom traumatiske oppvekstforhold, medfødt sårbarhet, utviklingen av psykiske lidelser og problemer og selvskading er nødvendig for å klare å møte selvskadende på en respektfull måte. I tillegg mangler flere av de som arbeider med selvskading kunnskap om hvordan de skal håndtere sine egne reaksjoner i møte med fenomenet. Reaksjoner hjelpere ofte kjenner på er maktesløshet, de opplever å ha motoverføringsreaksjoner samt vikarierende traumatisering. Dette fører også til at profesjonsutøvere ofte møter selvskadende med frustrasjon og sinne foran ydmykhet og vennlighet. Flere av informantene opplever også at de ikke blir hørt eller tatt på alvor av hjelpere når de ber om hjelp. De ble ofte avist eller ignorert. Kvinnene opplever å ikke bli lyttet til i situasjoner som omhandler deres eget liv, og dette til tross for at profesjonsutøvere skal ta hensyn til prinsippene om blant annet selvbestemmelse og brukervedvirkning.

Damene som deltok i studien hadde også positive opplevelser i møte med hjelpeapparatet. Disse møtene var preget av at de ble møtt med respekt. Kommunikasjonen, væremåten og handlingene til hjelpere var da vennlige, støttende, ydmyke, varme og forståelsesfulle. De opplevde også å bli respektert da de ikke ble behandlet som en «typisk selvskader». I tillegg hadde alle informantene utviklet tillitsfulle relasjoner med profesjonsutøvere og relasjonene var preget av respekt, omsorg og forståelse. Kvinnene følte de var trygge og at de fikk støtte gjennom tillitsfulle relasjoner. Profesjonsutøvere klarer å møte kvinnene med respekt blant

annet fordi de har utviklet en rekke ferdigheter som fører til at de klarer å håndtere sine egne reaksjoner på en god og profesjonell måte i møte med selvskadende. Dette handler blant annet om at de ser på selvskading som en mestringsstrategi eller overlevelsesstrategi, at de er i kontakt med sine egne følelser og evner å ivareta disse på en profesjonell måte, og de reflekterer over egen praksis. Alt i alt mestrer disse hjelperne å opptre profesjonelt overfor informantene. I tillegg klarer en god profesjonsutøver å se vekk fra negative stereotypier som bidrar til å opprettholde myter og misforståelser rundt fenomenet. Samtidig kan en god hjelper kommunisere på en profesjonell måte i møtet med informantene. Gjennom dette vil profesjonsutøveren med tiden klare å få kvinnene til å stole på seg, slik at tillitsfulle relasjoner vokser frem. Behandlingen av selvskadende må ha utgangspunkt i en sikker relasjon. I sosialt arbeid er man fullstendig avhengig av en tillitsfull relasjon for å klare å hjelpe.

Deltakerne gav også uttrykk for hvordan de selv ønsker at hjelpere skal møte dem. Alle gav uttrykk for at det viktigste av alt i møter med hjelpeapparatet er at de opplever å bli respektert. Særlig ytret de et ønske om at profesjonsutøvere ikke skal behandle dem som «en typisk selvskader». Dette er nødvendig hvis de skal sitte med opplevelsen av å motta god hjelp og omsorg. Kort oppsummert så viser funnene i studien at kvinnene sitter igjen med positive opplevelser i møte med hjelpere når de føler seg respektert, og med negative opplevelser i situasjoner hvor profesjonsutøvere ikke behandler dem med respekt. Det skal poengteres at profesjonsutøvere er forpliktet til å følge helsefaglige verdier og normer som er nedfelt i lovverk og yrkesetikk. Viktigheten av å behandle medmennesker med respekt er nedfelt både i lovverket og i allmenmoralen, men kun enkelte hjelpere klarer å ivareta disse normene og verdiene i møte med selvskadende.

Totalt sett så handler det om at man som hjelper må møte selvskadende og den situasjonen de er i med en helhetlig forståelse. I sosialt arbeid ser man på brukeren i interaksjon med andre, og det er ikke mulig å forstå selvskadende og kompleksiteten rundt fenomenet uten å møte kvinnene med et helhetlig forståelsesperspektiv.

7.1 Økt behov for kunnskap

Ut ifra hva denne studien, litteratur og annen forskning på området viser, så får hjelpere satt sin profesjonalitet på prøve i møte med selvskadende. Informantene opplever å bli møtt med negative sanksjoner av ulikt slag gjennom hjelperes væremåte, kommunikasjon og atferd.

Samtidig forteller de at positive møter er preget av respekt, og de føler seg dermed godt ivaretatt. Det er ulike mekanismer som bidrar til at profesjonsutøvere ikke evner å møte kvinnene med nødvendig respekt, mens andre faktorer fører til at andre klarer dette med glans.

Ut fra funnene så er det nødvendig at hjelpere må tilegne seg nødvendig kunnskap om fenomenet. Det nevnes også at det er behov for utvikling og tilegning av forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om selvskading i Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 (Helsedirektoratet 2014). De som arbeider med selvskading kan eksempelvis tilegne seg kunnskap ved å sette seg inn i tematikken på egen hånd, eller ved at det blir satt mer fokus på dette på helsefaglige utdanninger eller på de ulike arbeidsarenaer. I tillegg er det behov for ytterligere forskning hvor selvskadedes, både kvinner og menn, egne perspektiver i forhold til riktig behandling fra hjelpeapparatet kommer frem. Det er på tide at selvskadedes egne perspektiver kommer mer på banen slik at de kan være med å påvirke hvilke tilnærminger som kan passe best i deres møter med hjelpere. Kunnskap kun basert på profesjonsutøveres erfaringer i forhold til hvordan man skal møte gruppen er ikke tilstrekkelig.

Litteraturliste

Anstorp, T., Red. (2014). *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askeland, G., A. (2006). «Kritisk reflekterende. Mer enn å reflektere og kritisere». I *Sosialt arbeid: Refleksjoner om kunnskap og praksis*. Redigert av Røysum, A. 60-73. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

Clark, J. og Henslin, E., R. (2007). *Inside a cutter's mind: Understanding and helping those who self-injure*. Colorado: Navpress.

Creswell, J., W. (2007). *Qualitative inquiry & research design. Choosing Among Five Approaches*. 2. utg. California: Sage Publications, Inc.

D'Onofrio, A., A. (2007). *Adolescent self-injury: A Comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals*. New York: Springer Publishing Company.

Eide, H. og Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Emmelkamp, P., M., G. og Kamphuis, J., H. (2007). *Personality Disorders*. London: Psychology Press.

Favazza, A., R. og Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.

Favazza, A., R. (2011). *Bodies under siege: Self- mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 3. utg. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Fellesorganisasjonen (FO). (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere: Stå opp for trygghet*. Hentet 9. mars 2019.
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018). «Psykisk helse i Norge». Hentet 9. mars 2019.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf

Geirdal, A., Ø. (2017). «Den terapeutiske relasjonens tre deler». I *Relasjoner i psykisk helsearbeid*, redigert av Varvin, S. 36-43. Oslo: Universitetsforlaget.

Gilje, N. og Grimen, H. (2009). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gratz, K., L. (2003). “Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review”. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10:192–205.

DOI:10.1093/clipsy.bpg022

Hammer, J., Wilhelmsen, K., Strand, M. og Vråle, G., B. (2013). «Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern». *Forskning*. 1(8):46-52.

DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0010

Harris, J. (2000). "Self-Harm: Cutting the Bad out of Me". *Qualitative Health Research*. 10(2): 164-173. DOI.org/10.1177/104973200129118345

Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Oslo: Andvord Grafisk AS.

Helsedirektoratet. (2017). *Brukermedvirkning*. Oppdatert 17. oktober 2017.
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24. juni nr.30 om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om helsepersonell. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hem, M., H. (2009). «Personer med psykisk lidelse». *Forskningsetisk bibliotek*. Oppdatert 16. juni 2015.

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-psykisk-lidelse/>

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Cristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Jørstad, J. (1999). «Å hjelpe den som vil dø». I *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Redigert av Mehlum, L. 205-216. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Klonsky, D., D. (2011). “Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions”. *Psychological Medicine*, 41: 1981–1986. DOI.org/10.1017/S0033291710002497

Knutson, H., V. (2004). «Motoverføring i individualterapi og miljøterapi». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(10): 804-809. Hentet 11. mars 2019 fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=408299&a=3

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lindgren, B. –M., Wilstrand, C., Gilje, F. og Olofsson, B. (2004). “Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 284–291. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00712.x

Linehan, M., M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Malterud, K. (2001). "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines". *The Lancet*, 358: 483-488. DOI:10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mcallister, M. (2003). "Multiple meanings of self harm: A critical review". *International Journal of Mental Health Nursing*, 12: 177-185. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x

Mchale, J. og 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. DOI.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x

Mehlum, L. og Holseth, K. (2009). «Selvskading- hva gjør vi?». *Tidsskrift Norske Legeforening*, 9(129):759-762. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0378

Miller, D. (1994). *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. New York: Basic Books.

Moe, A. og Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

NESH. (2006). Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora. «Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi». Oppdatert 27. April 2016.

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Røysum, A. (2006). «Sosialt arbeid som kunnskap». I *Sosialt arbeid: Refleksjoner om kunnskap og praksis*. Redigert av Røysum, A. 11-24. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

Psykisk helsevernloven. Lov av 2. juli 1999 nr.62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=Psykisk%20helsevernloven>

Ribe, K. og Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskading: Veier til forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rossberg, J., I. og Friis, S. (2003). "Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients." *Psychiatric Services*, 54(10): 1388-1394. Hentet 11. mars 2019 fra https://www.researchgate.net/profile/Svein_Friis/publication/9051521_Staff_Members'_Emotional_Reactions_to_Aggressive_and_Suicidal_Behavior_of_Inpatients/links/56139b6708aedee13b5ceda2.pdf

Rovik, A. M. (2007). «Selvskading og miljøterapi; en teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading». *Vård i Norden*, 27, (2=84): 35-40. DOI.org/10.1177/010740830702700209

Rovik, A. M. (2011). «Selvskading og miljøterapi – Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger». *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(04): 299-313. Hentet 14.oktober 2018 fra <https://www.idunn.no/nsf/2011/04/art06>

Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

Røkenes, O., H. og Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Shaw, D., G. og Sandy P.T. (2016). “Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications”. *Health SA Gesondheid*, 21: 406-414.
DOI.org/10.1016/j.hsag.2016.08.001

Sheree, J., G., Beautrais, A. L. og Surgenor, L., J. (2010). “Health-Care Staff Attitudes Towards Self-Harm Patients”. *Journal of Psychiatry*. 44:713–720.
DOI.org/10.3109/00048671003671015

Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. (2009). «Hva er selvskading?». *Tidsskrift Norske Legeforening*, 8 (129): 754- 758. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0454

Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within: Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. 3.utgave. Oxford: How To Books Ltd.

Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep - fra privat avmakt til tverretatlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S. og 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

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, G-R., B. (2006). «Selvskading og selvmord... ingen selvfølge». *Suicidologi*, 11(1): 5-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2314>

Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trippany, R. L., Kress V., E. og Wilcoxon S.A. (2004). "Preventing Vicarious Trauma: What Counselors Should Know When Working With Trauma Survivors". *Journal of counseling and development*. 82(1):31-37. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x

Urnes, Ø. (2009). «Selvskading og personlighetsforstyrrelser». *Tidsskrift Norske Legeforening*, 9(129): 872-876. DOI: 10.4045/tidsskr.08.0140

Walsh, B., W. (2006). *Treating Self- Injury: A Practical Guide*. New York og London: The Guilford press.

WHO. 2018. «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD 10». Revidert 1.januar 2018.
<https://finnkode.ehelse.no/2018/#icd10/0/0/0/-1>

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

Aasland, M., W. (2014). «...si det til noen...»: *En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. 3.utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg 1: Vedtak fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord			08.04.2013	2013/347/REK nord
			Deres dato:	Deres referanse:
			19.02.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

kristjana kristiansen
SVT, NTNU

2013/347 Selvskadere i møte med hjelpeapparatet

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 21.03.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: kristjana kristiansen

Prosjektleders prosjekttale:

Selvskading forekommer oftere hos unge kvinner enn hos menn (Clark og Henslin 2007). Til tross for kunnskap om gruppens sårbarhet og selvskadings dynamikk, kan det virke som om selvskadende kvinner blir møtt avvisende og lite imøtekommende av helsepersonell (Øverland 2006). Dette skjer på ulike måter og på ulike arenaer. Det finnes en del forskning som forteller om hvordan vi som helsepersonell "bør" møte denne brukergruppen, (for eks J. Hadfield m. fl.), men det finnes nesten ikke forskning om hvordan selvskadende kvinner selv opplever å bli møtt av hjelpeapparatet. Gjennom kvalitativ forskning vil jeg få innblikk i kvinnenes livsverden og deres egne opplevelser om hvordan de blir møtt av hjelpeapparatet (Kvale og Brinkman 2009). De får muligheten til å beskrive hvordan de opplever møtet med ulike deler av hjelpeapparatet og profesjonsutøvere. Det primære fokuset i studien vil ikke ligge på kvinnenes sykdomsbilde, men på deres egne erfaringer i "møter" med hjelpeapparatet.

Vurdering

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Prosjektet handler om hvordan selvskadende kvinner opplever møte med hjelpeapparatet og profesjonsutøvere. I beskrivelsen av formålet sies det at fokuset ikke vil ligge på kvinnenes sykdomsforståelse.

I intervjuguiden listes det opp tre forskningsspørsmål: 1. Hvordan opplever selvskadende kvinner at de blir møtt av profesjonsutøvere i det norske hjelpeapparatet? 2. Opplever de å bli behandlet "annerledes" enn andre personer med psykiske lidelser i møte med helsepersonell? 3. Hvordan ønsker kvinnene selv å bli møtt

Besøksadresse:
MH-bygget Universitetet i
Tromsø 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
nord, not to individual staff

av hjelpeapparatet?"

Under punkt 4.A) i søknadsskjemaet heter det at prosjektet vil føre til ny kunnskap om hvordan det helhetlige hjelpeapparatet møter denne gruppen.

Komiteen er av den oppfatning at formålet med prosjektet ikke er å fremskaffe ny kunnskap om sykdom eller helse som sådan og forskningsprosjektet skal derfor ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningslovens formål og virkeområde. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekreteriatsleder

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no

Vedlegg 2: Vedtak fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Kristjana Kristiansen
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 07.06.2013

Vår ref:34404 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34404	<i>Selvskadere i møte med hjelpeapparatet.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kristjana Kristiansen</i>
<i>Student</i>	<i>Linn Kristine Tiller</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

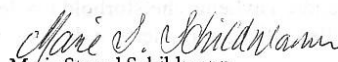
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Linn Kristine Tiller, Vestre Tunhøgda 10, 7058 JAKOBSLI

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter

Informasjonsskriv til informant,

i mastergradsprosjektet : «Selvskadere i møte med hjelpeapparatet»

Jeg er utdannet sosionom og studerer Master i Sosialt Arbeid ved NTNU i Trondheim. For tiden arbeider jeg med min masteroppgave med tittelen: «*Selvskadere i møte med hjelpeapparatet. En kvalitativ studie om selvskaderes egne erfaringer i møte med profesjonsutøvere i hjelpeapparatet*».

Grunnlaget for at dette ble temaet for min masteroppgave er at jeg opplever å ha et stort engasjement i forhold til hvordan disse kvinnene ivaretas av hjelpeapparatet. Til tross for kunnskap om selvskadingens dynamikk, kan det virke som om selvskadende kvinner blir møtt avvisende og lite imøtekommende av helsepersonell. Dette skjer på ulike måter og på ulike arenaer. Videre eksisterer det en del forskning som forteller noe om hvordan helsepersonell «bør» eller «skal» møte denne gruppen, men lite forskning som sier noe om hvordan selvskadende kvinner selv ønsker å bli møtt og ivaretatt av hjelpere. Formålet med studien er altså å undersøke hvordan selvskadende kvinner selv opplever at de blir møtt av helsepersonell i det norske hjelpeapparatet.

Jeg ønsker derfor å intervju selvskadende kvinner mellom 18- 45 år som er i kontakt med hjelpeapparatet på ulike måter. I denne undersøkelsen blir intervjuer benyttet da jeg ønsker innsikt i deltakernes egen forståelse av sin situasjon. Kvinnene som velger å bli informanter i studien får mulighet til å dele sine egne livshistorier i et intervju med spørsmål knyttet til møter med ulike deler av hjelpeapparatet.

Kunne du tenkt deg å delta som informant i mitt prosjekt?

Om du velger å delta i prosjektet innebærer dette at vi møtes et sted og foretar et intervju. Spørsmålene som stilles er knyttet til hvordan du opplever/har opplevd å bli behandlet av hjelpeapparatet på ulike arenaer. Du får muligheten til å fortelle din historie. Båndopptaker vil benyttes til å ta opp intervjuet, som senere vil utgjøre grunnlaget for en skriftlig rapport som du vil få mulighet til å lese om du ønsker det. Opplysningene blir benyttet i en mastergradsavhandling og vil kunne komme til nytte i utvikling av kunnskap for helsepersonell innenfor hjelpeapparatet, da det ser ut til å være mangel på dette.

Videre vil du avgi skriftlig informert samtykke. Det opplyses om at deltakelsen er frivillig og at du kan trekke deg fra prosjektet når som helst uten at det får konsekvenser. Opptakene av intervjuet oppbevares som lydopptak på passordbeskyttet PC. Bakgrunnsinformasjon oppbevares atskilt fra andre opplysninger. Ved avslutningen av prosjektet vil alle innsamlede opplysninger anonymiseres og lydopptaket slettes. Anonymiseringen innebærer at opplysninger om navn og bakgrunnsopplysninger som eksempelvis bosted, alder og kjønn fjernes slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til de data som kan identifisere enkeltpersoner. Etter planen vil sletting av data og anonymiseringen finne sted når prosjektet avsluttes 30.05.2014.

Videre er prosjektet meldt til Personombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS.

Behandlingsansvarlig institusjon er:

NTNU Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH)

Forskers/mastergradsstudents kontaktopplysninger:

Navn: Linn Kristine Tiller

Stilling : Student

Mail: linnkrt@stud.ntnu.no

Tlf: 97 58 57 68

Om dette høres interessant ut for deg så ta gjerne kontakt per telefon eller mail. Har du noen spørsmål skal jeg svare så godt jeg kan.

Vedlegg 4: Skriftlig informert samtykke

«Selvskadere i møte med hjelpeapparatet»

- En kvalitativ studie om selvskaderes egne erfaringer i møte med profesjonsutøvere i hjelpeapparatet.

Du som informant må avgi ditt samtykke skriftlig om at du deltar i forskningsprosjektet. Det er frivillig å delta, og fram til data blir anonymisert, kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra undersøkelsen og få svarene dine slettet. Data blir anonymisert senest ved prosjektslutt , 30. mai 2014.

Det er kun jeg som mastergradsstudent/intervjuer og veileder som har tilgang til de anonymiserte data. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og både intervjuer og veileder har taushetsplikt. Resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Jeg ønsker å benytte meg av båndopptaker via skype og ønsker ditt samtykke for dette. Er det noen spørsmål du synes er ubehagelige, eller som du ikke kan eller vil svare på, kan du hoppe over dem.

Intervjuet vil vare i ca 45-60 minutter.

Takk for at du vil delta!

-Du har lest informasjonsskriv om prosjektet, og gir ditt samtykke til at jeg kan intervjuer deg.

- Du gir ditt samtykke til at jeg kan benytte båndopptaker via skype til å ta opp intervjuet.

Dato/sted:

Din signatur:

Vedlegg 5: Semistrukturert intervjuguide

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever selvskadende kvinner at de blir møtt av profesjonsutøvere i det norske hjelpeapparatet?
2. Opplever de å bli behandlet «annerledes» enn andre personer med psykiske lidelser i møte med helsepersonell?
3. Hvordan ønsker kvinnene selv å bli møtt av hjelpeapparatet?

Intervjuspørsmål:

- a) Kan du fortelle meg litt om deg selv?
- b) Kan du fortelle meg litt mer om dine opplevelser og erfaringer i møte med hjelpeapparatet?
- c) Hvordan synes du at profesjonsutøvere i NAV behandler deg?
- d) Hvis du har en ansvarsgruppe i regi av NAV og andre hjelpere, hvordan opplever du deg ivaretatt av denne?
- e) Hva tror du fører til at profesjonsutøvere i NAV møter deg på «denne» måten?
- f) Hvordan vil du beskrive relasjonen du har til din fastlege?
- g) Hvordan føler du at han/hun ivaretar deg i forhold til dine behov?
- h) Har du hatt samme fastlege over tid eller har du skiftet flere ganger?
- i) Husker du hvordan du opplevde møtet med profesjonsutøvere ved Distriktpsykiatrisk senter (DPS) første gangen du var i kontakt med dem?
- j) Hvordan føler du at du blir ivaretatt av personalet ved DPS i dag hvis du er i kontakt med dem?
- k) Kan du huske et tilfelle der du eventuelt følte deg «dårlig behandlet» ved DPS?
- l) Opplever du å bli «lyttet til» og «respektet»?
- m) Har du utviklet «tillitsfulle» relasjoner til helsepersonell ved DPS?
- n) Hvis du får oppfølging i regi av psykisk helsevern, utenom DPS, hvordan opplever du å bli ivaretatt av disse hjelperne?
- o) Når du har skadet deg og er i kontakt med legevakten i kommunen og de kommer hjem til deg, hvordan føler du at de imøtekommer deg i denne situasjonen?

- p) Ved ankomst på akuttmottaket på sykehuset etter kutting, inntak av medisiner eller gjenstander, hvordan opplever du at sykepleier og lege behandler deg?
- q) Kan du fortelle om et tilfelle der du følte deg «dårlig behandlet»?
- r) Hvis du har tatt for mange tabletter og havner på intensivavdelingen - hvordan ivaretar helsepersonell deg når du våkner opp?
- s) Hvordan opplever du at du blir behandlet av psykolog/psykiater hvis du er i kontakt med traumeteam/psykiatrisk team på sykehuset?
- t) I etterkant av overdose/selvmordsforsøk - opplever du å bli møtt med en oppfølging av helsepersonell som samsvarer med dine behov? Eksempelvis knyttet til samtaler med psykolog og lignende.
- u) Opplever du å bli behandlet «annerledes» av hjelpeapparatet enn andre mennesker med psykiske lidelser?
- v) Hvordan ønsker du selv at profesjonsutøvere skal møte deg i hjelpeapparatet?
- w) Er det noe mer du ønsker å tilføye før vi avslutter samtalen?