

Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og en antatt forhøyet selvmordsfare?

Sara Grenabo



Masteroppgave i psykososialt arbeid- selvmord, rus, vold og traumer ved NSSF

UNIVERSITETET I OSLO

02.05.2018

Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og en antatt selvmordsfare?

Oppgaven er en kvalitativ undersøkelse hvor målet er å utforske personalets holdninger, og egne emosjonelle reaksjoner i arbeidet med ungdom på en barnevernsinstitusjon.

© Sara Grenabo

2018

Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og en antatt forhøyet selvmordsfare?

Sara Grenabo

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formål: Målet med studien er å undersøke hvordan miljøpersonalet på en barnevernsinstitusjon opplever egne emosjonelle reaksjoner med å jobbe tett med ungdom som selvskader og har en antatt forhøyet selvmordsfare. Ungdommer som selvskader og er suicidale er en utfordrende gruppe å jobbe med. Det å jobbe med denne ungdomsgruppen kan iverksette og prege følelser og tanker hos miljøpersonalet som jobber tett på. Min problemstilling er som følger; «Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og en antatt forhøyet selvmordsfare?»

Bakgrunn: Miljøpersonalet som jobber på denne barnevernsinstitusjonen har lang erfaring med å jobbe med ungdom i krise. Forskning har belyst at en stor andel av barn og unge som bor på barnevernsinstitusjoner sliter med psykiske lidelser og traumer, dette gjør at de har en sammensatt problematikk. Jeg ville undersøke hvilke utfordringer som fantes i dette arbeidet, og hvilke tanker og følelser som ble aktivert hos personalet i miljøterapeutisk arbeid med både selvskading og suicidalitet.

Metode: I denne studien ble det benyttet en kvalitativ forskningsmetode. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer. Seks miljøterapeuter fra en akutt barnevernsinstitusjon ble intervjuet. Systematisk tekstkondensering (STC) ble brukt for å analysere data. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Resultater: Deltakerne beskriver en bredde av egne emosjonelle reaksjoner som sinne, bekymring, redsel, tristhet, omsorg og hjelpeløshet. I denne undersøkelsen fremkommer det at deltakerne opplever et behov for mer opplæring og veiledning om ungdom som selvskader og er suicidale. Funnene kan indikere at miljøterapeutenes forståelse av ungdom som selvskader inneholder mye taus kunnskap, som ikke har blitt lært gjennom utdanningen men erfart gjennom praksis. Når det gjelder i arbeidet med ungdom som er suicidale, tolkes funnene dithen at deltakerne har behov for både opplæring og veiledning, og at den usikkerheten de føler også kan komme av lite erfaring med denne problematikken.

Abstract

Aim: The aim of the study is to investigate how staff at a child welfare institution experience their own emotional responses when working closely with adolescents who self-harm and have an assumed elevated suicide risk. Adolescents who self-harm and are suicidal can be a challenging group to work with. This group of youth can mark and embellish the feelings and thoughts of the staff who work closely with them. My question for the study is as follows; «What thoughts and feelings are being activated in the staff who work closely with adolescents who self-harm and have an assumed elevated suicide risk? »

Background: Staff working at this child welfare institution have long experience of working with youth in crisis. Research has highlighted that a large proportion of children and young people living in child welfare institutions struggle with mental disorders and trauma, which means that they have complex problems. I wanted to investigate the challenges that exist in this work and what thoughts and feelings were activated in the staff by working with both self-harm and suicidality.

Method: In this study a qualitative research method was used. Data was collected through semistructured depth interviews. Six personnel from an acute child welfare institution were interviewed. Systematic Text Condensation (STC) was used to analyze data. The study has a phenomenological-hermeneutical approach.

Results: Participants describe a wide range of own emotional reactions such as anger, concern, fear, sadness, care and helplessness. In this survey, participants express that there is a need for more education and supervision on adolescence who self-harm and are suicidal. The findings may indicate that the staffs' understanding of youth who self-harm contains a lot of tacit knowledge, which has not been learned in an academic way but experienced through practice. When it comes to working with adolescence who are suicidal, the findings indicate that the participants need both education and supervision, and that the uncertainty they feel may be a result of little experience with this phenomenon.

Forord

Denne masteroppgaven har vært en krevende og lærerik prosess. Det har vært en opplevelse å ta et dypdykk inn i en tematikk som både engasjerer og beveger meg emosjonelt. Gjennom det siste året har det vært mange oppturer og nedturer, som nå endelig har landet i et ferdig produkt. I den forbindelse vil jeg takke flere mennesker som har gitt meg mulighet til å fullføre denne masteroppgaven.

Først og fremst vil jeg takke de deltakerne som lot meg intervju dem, og som ga meg ærlige og direkte beskrivelser. Jeg er ydmyk og takknemlig for at dere ville stille opp og muliggjorde denne studien.

Jeg vil også takke min veileder, Kim Larsen, for din imøtekommenhet og ditt smittende engasjement. Takk for gode samtaler som har vært motiverende, berikende og støttende. Du har vært raus med din tid, og jeg har virkelig satt pris på din faglige innsikt.

Jeg vil også takke min familie, spesielt min mann, som ga meg plass og tid til å kunne fullføre denne masteroppgaven. Tusen takk for at jeg fikk lov til å være i min egen skriveboble, hvor du har måttet utstå med mye fagprat og et hav av artikler og bøker som fløt rundt samtidig med å passe våre barn.

Oslo, april 2018

Sara Grenabo

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	11
1.1	Bakgrunn for oppgaven	11
1.2	Forekomst av selvskading	12
1.3	Begrepet selvskading	13
1.4	Risikofaktorer og årsaker til selvskading	15
1.5	Forekomst av selvmord	17
1.6	Begrepet selvmord.....	18
1.7	Risikofaktorer og årsaker til selvmord	20
1.8	Sammenhengen mellom selvskading og selvmord.....	22
1.9	Sammenheng mellom selvskading, selvmord og ungdom i barnevernet	23
1.10	Formålet i barnevernet og institusjonsplassering.....	25
1.11	Miljøterapi.....	26
1.12	Begrepet holdninger «attitudes»	27
1.13	Overføring.....	27
1.14	Motoverføring	28
1.15	Prosjektiv identifikasjon.....	29
2	Tidligere forskning	30
3	Metode.....	31
3.1	Valg av metode	31
3.2	Vitenskapsteoretisk bakgrunn.....	32
3.3	Intervju som metode	34
3.4	Forforståelse	34
3.5	Intervjuguide.....	35
3.6	Utvalg av deltakere	37
3.7	Gjennomføring av intervjuet	37
3.8	Transkribering	38
3.9	Analyse	39
3.9.1	Helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer.....	39
3.9.2	Meningsbærende enheter – fra tema til koder	40
3.9.3	Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold	41
3.9.4	Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	42

3.10	Forskningsetiske hensyn	43
3.11	Informert samtykke til å delta i studien	43
3.12	Godkjenning av studiet	43
3.13	Kvalitet i kvalitativ forskning	44
3.14	Reliabilitet (pålitelighet)	44
3.15	Validitet (gyldighet).....	44
3.16	Overførbarhet	45
3.17	Metodekritikk.....	45
4	Presentasjon av funn.....	47
4.1	Hvordan forstår personalet ungdommer som selvskader og som kan ha en antatt forhøyet selvmordsfare?	47
4.1.1	Erfaring.....	47
4.1.2	Opplæring.....	48
4.1.3	Bakenforliggende årsaker til problematikken	49
4.2	Hvordan ivaretar personalet ungdom som selvskader?	51
4.2.1	Åpenhet	51
4.2.2	Trygge/være tett på.....	52
4.2.3	Forståelsesmodell	53
4.3	Hvordan ivaretar personalet ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?	54
4.3.1	Åpenhet	54
4.3.2	Trygge/være tett på.....	55
4.3.3	Forståelsesmodell	56
4.4	Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som selvskader?	57
4.4.1	Irritasjon/sinne.....	57
4.4.2	Avmakt	57
4.4.3	Hele følelsesspekteret.....	58
4.5	Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?	59
4.5.1	Hjelpeløshet.....	59
4.5.2	Bekymret/redd for å gjøre feil.....	60
4.5.3	Hele følelsesspekteret.....	61
5	Drøfting	62
5.1	Selvskading.....	62

5.1.1	Erfaring.....	62
5.1.2	Opplæring.....	63
5.1.3	Bakenforliggende �rsaker.....	64
5.1.4	Ivaretakelse.....	65
5.1.5	Trygge/være tett på.....	65
5.1.6	Forståelsesmodell.....	66
5.1.7	Egne emosjonelle reaksjoner.....	67
5.2	Selvmord.....	68
5.2.1	Erfaring.....	68
5.2.2	Opplæring.....	68
5.2.3	Bakenforliggende �rsaker.....	69
5.2.4	Ivaretakelse.....	70
5.2.5	�penhet.....	71
5.2.6	Trygge/ være tett på.....	71
5.2.7	Forståelsesmodell.....	72
5.2.8	Egne emosjonelle reaksjoner.....	72
6	Konklusjon.....	74
6.1	Svakheter med denne undersøkelsen.....	74
	Litteraturliste.....	76
	Vedlegg 1.....	81
	Vedlegg 2.....	83
	Vedlegg 3.....	85

1 Innledning

Verdenshelseorganisasjon (WHO, 2018) har uttalt at selvmord er et av de tre største helseproblemene i verden. I Norge har det blitt de siste tiårene vært et betydelig høyere fokus på både selvmords- og selvskadingsforebygging. Som ett av de første landene i verden, utarbeidet Norge et nasjonalt tiltak for å forbygge selvmord. På tidlig 1990 tallet ble det utarbeidet et nasjonalt program, som ble fulgt opp av en handlingsplan i 1993 av Sosial- og helsedirektoratet. En oppsummering av de ulike selvmordsforebyggende tiltak ble utført av Nasjonalt kunnskapssenter i 2006/2007, som dannet et grunnlag for Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helse (Handlingsplan, 2014; Nasjonale retningslinjer, 2008). Selvskading ble inkludert da dette fremkom som en betydelig risikofaktor for å ta selvmord. Som nevnt ble de nasjonale tiltakene rettet mot psykisk helse, da det har fremkommet gjennom forskning at psykiske lidelser er den største risikofaktoren for selvmord (Handlingsplan, 2014). Det har ikke blitt utarbeidet nasjonale tiltaksplaner for andre sektorer slik som blant annet barnevernet, selv om barn og unge i barnevernet kan inneha flere av de samme risikofaktorene.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Min arbeidserfaring er fra barnevernsfeltet som tidligere miljøterapeut på en barnevernsinstitusjon for ungdom på Østlandet, hvor jeg den senere tiden har vært en del av lederteamet. Gjennom denne erfaringen har jeg opplevd mange utfordrende situasjoner i arbeidet med ungdom. Dette kan være ungdom som blant annet har opplevd vold i hjemmet, har en omfattende rusproblematikk, fare for tvangsgifting, utsatt for seksuelle overgrep eller har psykiske lidelser. På denne institusjonen kan de oftest bli plassert på kveldstid eller i helgen, og da skal det følge med et akuttvedtak om den aktuelle situasjonen. Miljøpersonalet som jobber på denne institusjonen møter mange barn og unge i krise. Et gjennomsnitt for plasseringer har vært 250 ungdommer per år med ca. 15 dager i oppholdslengde. En akutt plassering kan oppleves som uforutsigbar både for ungdommen og den ansatte, da det råder en usikkerhet om oppholdslengde og hvor ungdommen skal videre. Miljøpersonalet møter mange ungdommer i krise, med sammensatt og ukjent problematikk. I 2015 ble det utgitt en forskningsrapport «Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner». Forskningsrapporten beskriver at det er en stor andel som bor på barnevernsinstitusjoner som sliter med psykiske lidelser (Kayed et al., 2015). Tradisjonelt har det blitt vektlagt at de som

bor på en barnevernsinstitusjon har atferdsvansker og sliter med rusproblematikk (Backe-Hansen, 2011). Det offentlige og private barnevernet i Norge er lovpålagt at 50% av personalet skal være faglært. Det er tre godkjente utdannelser som er relevante, barnevernspedagog, sosionom og vernepleier. Dette er utdannelser som ikke tradisjonelt har vektlagt psykisk helse, men dette fokuset har endret seg noe de siste årene. Da jeg leste rapporten til Kayed et al. (2015) ble jeg nysgjerrig på hvordan miljøpersonalet på denne akuttinstitusjonen opplever å jobbe tett på ungdommer som kan ha en høy forekomst av psykiske lidelser, særlig med tanke på at de møter mange ungdommer gjennom et helt år, med ulike og sammensatt problematikk. Jeg ønsket å få en dypere forståelse av dette, og derfor ønsket jeg å forske på mitt eget arbeidssted. Hvilke implikasjoner dette kan gi, beskriver jeg senere i metodekapittelet. Denne masteroppgaven er en studie om personalets tanker og følelser i det miljøterapeutiske arbeidet med ungdom. Oppgaven har som hensikt å undersøke hvordan personalets egne emosjonelle reaksjoner blir påvirket av ungdom som selvskader eller er suicidale.

Jeg vil i denne masteroppgaven først gi en beskrivelse av forekomst, risikofaktorer og årsaker til selvskading og suicidalitet. Jeg har valgt å skille de to fenomenene fra hverandre, og gi en presentasjon av dem hver for seg både med tanke på hva de ulike begrepene vektlegger, og hvordan de kan forstås gjennom litteratur og forskning. Deretter vil jeg redegjøre for hvilken metode som anvendes, samt gi et bilde av prosessen slik at den kan være mest mulig oversiktlig og transparent. Avslutningsvis vil jeg presentere og drøfte funnene opp mot relevant litteratur og forskning. Drøftingen har jeg også valgt å skille for å få et tidligere bilde om ulikheter/likheter mellom selvskading og suicidalitet.

Min problemstilling er som følgende; «Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og en antatt forhøyet selvmordsfare?»

1.2 Forekomst av selvskading

Omfanget av selvskading er vanskelig å tallfeste, da det er ulike rapporteringsrutiner verden over. Selvskading blir ofte registrert på sykehusene, hvor mange har oppsøkt hjelp, eller at skaden har krevd en innleggelse (Øverland, 2006). I Norge har man estimert forekomsten av selvskading til et gjennomsnitt på 18% av ungdom mellom 12-18 år, og 4 % av voksne oppgir

at de har skadet seg selv med vilje. Selvskading starter ofte i alderen 12-15 år, og det kan være en lang eller kort varighet. I andre land variere forekomsten i stor grad, men selvskading har en høy forekomst (NSSF). I Storbritannia har det blitt rapportert gjennom registrerte sykehusinnleggelser, at ca. 20 000-30 000 ungdommer innlegges på sykehus hvert år grunnet selvskading. Disse tallene viser at selvskading er den vanligste årsaken til at ungdom blir innlagt på sykehus (Hawton et al., 2002). Gjennom flere tiår har det blitt registrert en økning i forekomst av selvskading, og da spesielt blant unge kvinner både i Norge og andre land. Det har blitt gjort flere undersøkelser om ungdommer og selvskading i skolesammenhenger, både i Norge og Storbritannia (Anderssen, 1999; Hawton et al., 2002). Hawton et al. (2002) sendte ut en spørreundersøkelse til elever fra 41 skoler i England. 6020 elever deltok og aldersspennet var 15-16 år. Resultatet viste at 6,9 % av alle som deltok, hadde skadet seg selv det siste året. Unge kvinner hadde en forekomst på 11,2%, og unge menn hadde en forekomst på 3,2%. 54% av deltakerne rapporterte at de selvskadet flere ganger, og 12,6% hadde ikke vært i kontakt med sykehus. I Norge ble det gjennomført en undersøkelse i 1999 og i 2004 på videregående skole i Bergen (Anderssen, 1999; Anderssen & Steinan, 2004). De to undersøkelsene viste til en økning av selvskading fra 1999 til 2004, fra 11% til 25% hos unge kvinner, og fra 8% til 19% hos unge menn. Det ble gjort en omfattende skoleundersøkelse av villet egenskade i flere europeiske land (Child and Adolescent Self Harm in Europe, CASE-undersøkelsen). Norge var en del av denne undersøkelsen gjennom en videregående skole i Hamar (Madge et al., 2011; Ystgaard et al., 2004). Undersøkelsen ble sendt ut til 4060 elever, og svarprosenten var 91,2%. Spørsmållstillingen tar utgangspunkt i hva elevene selv la i begrepet villet egenskade, og om de hadde skadet seg en gang eller flere ganger. Resultatet viste en prevalens på 10,7% på villet egenskade. Alle de studiene viser at forekomst av villet egenskade er høy blant unge kvinner og menn. Samtidig har selvskadingsforekomsten store mørketall, da det er mange som ikke oppsøker sykehus og dermed ikke blir registrert.

1.3 Begrepet selvskading

Definisjonen av selvskading har vært omdiskutert både i den norske og engelskspråklige litteraturen. Dette har gjort at begrepsbruken har vært definert med ulike benevnelser og ulik forståelse (Øverland, 2006). De ulike begrepsforståelsene har omhandlet definisjonene med og uten intensjon om å dø. I norsk litteratur har det blant annet blitt brukt begreper som; «selvmutilering», «selvskading», «villet egenskade» og «parasuicid». I engelskspråklig

litteratur blir det brukt begreper som; «self-harm», «self injury», «self-mutilation», «nonsuicidal self-injury» og «deliberate self-harm». Begrepsforståelsen «nonsuicidal self-injury (NSSI)» refererer til «intentional destruction of one`s body tissue without suicidal intent, for purposes not socially sanctioned» (Klonsky, 2011, s.6). Denne definisjonen blir ofte brukt i amerikanskspråklig litteratur, og omhandler selvskading uten hensikt om å dø. De ulike begrepsdefinisjonene skaper forvirring både blant teoretikere, forskere og klinikere, både med tanke på sammenlignbarhet av ulike studier og i forhold til å heve kvaliteten på vurderinger og intervensjoner. Upresise betegnelser av begrepet selvskading skaper også en forvirring blant klinikere i arbeidet med å forstå hensikten bak atferden (Nock, 2009). Etter den omfattende CASE-undersøkelsen i ble begrepet i Norge «villet egenskade» oftere brukt for omtale av selvskading. Gjennom WHO's diagnosemanual ICD-10 under kodene X60-X84(1992) blir «villet egenskade» definert som «ytre årsaker til skade eller dødsfall». Definisjonen «villet egenskade» omhandler derfor både selvmordsforsøk og annen egenskade som ikke fører til død. Det har også vært omdiskutert om det bør stå «villet» foran egenskade, da det kan oppleves som misvisende. I de situasjonene hvor ungdom har påført seg selv skade, skjer det ofte i en tilstand hvor kognitive funksjoner er sterkt redusert. I Storbritannia har to veiledere for behandling av selvskading, fjernet ordet «deliberate» foran self-harm (Øverland, 2006). I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet «selvskading», da dette er et etablert begrep som blir hyppigst brukt av allmennheten.

*«Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt»
(Thorsen, 2015, s. 1)*

Denne definisjonen beskriver at personen ikke har en intensjon om å dø, men hvordan smerten kan brukes til å fortsette å leve. Den fjerner begrepet selvskading fra sykdomskategorien og beskriver det som heller som et symptom på en tilstand.

I følge Favazza (2011) kan den selvskadende atferden deles inn i 4 hovedgrupper:

1. Major self-injurious (alvorlig selvskading)
2. Stereotypic self-injurious (stereotyp selvskading)
3. Compulsive self-injurious (tvangspregt selvskading)
4. Impulsive self-injurious (impulsiv selvskading)

Alvorlig selvskading er den mest ekstreme og truende formen. Den er sjelden og kan oppstå under alvorlige psykoser, hos pasienter med schizofreni og ved rus/forgiftning. Den andre

hovedgruppen som består av stereotyp selvskading forekommer mest hos mennesker med autisme eller psykisk utviklingshemming. Tvangspreget selvskading fremkommer ofte hos pasienter hvor selvskadingen drives frem av tvangshandlinger som trikotillomani (hårplukkingslidelse). Dette er en gjentakende handling som gjentas flere ganger om dagen. Den siste gruppen omhandler impulsiv selvskading og er den formen som forbindes med selvskading av folk flest. Den dreier seg ofte om overflatiske sårene, hvor kutting er den mest vanligste formen.

I følge Favazza (2011) er dette en inndeling som er basert på observasjoner av atferd, og den impliserer ikke noen teoretisk rammeforståelse. Den er ment som et verktøy til å enkelt kategorisere formene av selvskading, og bidra til en klinisk forståelse.

1.4 Risikofaktorer og årsaker til selvskading

Selvskading er et komplekst og sammensatt fenomen. Det fremkommer av studier, at forekomst av selvskading er høyest blant jenter (Hawton et al., 2002; Klonsky, 2011; Madge et al., 2011). Øverland (2006) sier at kvinner er oppdratt til å ikke vise aggresjonen sin utover, men vende sinnet inn mot seg selv. En annen teori er at selvskading har en forbindelse med misbruk av kvinner. Selvskading er et fenomen som er relativt nytt, og har blitt den senere tiden mye forsket på, men det er fortsatt mye om fenomenet som er relativt lite kjent.

Tidligere var det anerkjent at selvskading ble forbundet med psykiske lidelser, men dette har man i senere tid gått noe bort fra. Det kommer tydelig frem gjennom CASE-undersøkelsen, hvor det er undersøkt i en normalbefolkning på en skole, at selvskading har en høy forekomst utenom psykiske lidelser (Madge et al., 2011).

Selvskading ble tidligere nevnt som kun et symptom på borderline/personlighetsforstyrrelse i DSM-systemet. DSM-systemet er det amerikanske diagnosesystemet, og i 2013 ble selvskading inkludert i DSM-5 som en egen tilstand som skal studeres videre. Gjennom denne endringen, åpnes det for at selvskading er en egen tilstand og ikke bare et symptom på en enkelt psykisk lidelse.

Fra en rekke studier har det fremkommet noen kjente risikofaktorer forbundet med selvskading; fysiske og seksuelle overgrep i barndommen, omsorgssvikt, tap og separasjon, tilknytningsproblematikk, emosjonell affektregulering og biologiske faktorer (Favazza, 2011; Gratz, 2003; Klonsky, 2011; Yates, 2009).

Klonsky (2011) beskriver at det er tre forklaringsmodeller som kan gi en forståelse av fenomenet selvskading; den psykiske forklaringen, den sosiale forklaringen og den biologiske forklaringen.

1. I den psykiske forklaringsmodellen legges det vekt på at selvskading handler om følelsesregulering og selvforakt. Intense høyaktiverte negative følelser blir erstattet med selvskading og omformer dem til lavaktiverte positive følelser. Med høyaktiverte menes følelser som angst, aggresjon og frustrasjon, og med lavaktiverte følelser menes utlading og lettelse. Selvforakt reflekterer både personlighetskarakteren til de som selvskader, og viser til funksjonen av selvskading. De som selvskader beskrives ofte med høy selvforakt, selvkritiske og med et lavt selvbylde. Selvforakt i kombinasjon med dysregulerte følelser er ifølge Klonsky (2011) i høyrisiko gruppen for å utvikle et alvorlig og langvarig selvskadingsforløp.
2. Det er viktig å ha kjennskap til den sosiale forklaringsmodellen for å forstå utgangspunktet, overførbarheten og opprettholdelsen av selvskadingen som fenomen. I den sosiale forklaringen vektlegges mangel på sosiale ferdigheter, smitteeffekt og sosiale rollefunksjoner. Ved mangel på sosiale ferdigheter kan det være vanskelig å bidra inn i en relasjon med en løsningsorientert ferdighet. Dette kan øke negative følelser både i frekvens og intensitet som igjen kan lede til å regulere følelser med selvskading. Selvskading har blant ungdommer en smitteeffekt både gjennom sosialt samvær og gjennom internett. Dette kan forklares med at ungdommer relaterer seg raskt til andre med like forutsetninger og bakgrunn. Ungdom har også en tendens til å bli påvirket av holdninger og atferd i omgangskretsen. Sosiale rollefunksjoner kan forstås som hvordan en person kan påvirke andre, som for eksempel; vise sin indre smerte for å motta sympati, passe inn, underholde andre med å utføre noe ekstremt med seg selv, og som hevn mot andre.
3. Den biologiske forklaringsmodellen omfatter primært enkefalin substans i hjernen, og hvordan et lavt serotoninnivå påvirker selvskading. Biologisk forklaringsmodell er et relativt nytt forskningsområde, men nyere forskning foreslår at den biologiske forklaringen kan ha en innvirkning på selvskading. Favazza (2011) henviser til en hypotese om at et lavt serotoninnivå bidrar til å regulere selvskading. Serotonin er en transmittorsubstans i hjernen, og når nivået av serotonin er lavt kan dette gi en økt

agresjon mot seg selv eller mot andre. En annen forklaring er en avhengighetshypotese, som viser til at kroppen blir avhengig og tilvent til smerte. Enkefalin er en substans i hjernen som fungerer på samme måte som opium og heroin, som gir kroppen en behagelig effekt av smertelindring. Selvskading er en smertepåføring som bidrar til at kroppen blir avhengig av enkefalin, som gir kroppen en smertelindring på samme måte som en heroinavhengig. Dette kan bidra til å opprettholde selvskading over tid (Favazza, 2011). En annen forklaringsmodell kan være en økt smertetoleranse, hvor selvskadingen gir en opplevelse av nummenhet og uvirkelighet. Øverland (2006) beskriver at opplevelsen kan ha samme effekt som dissosiasjon men forklart med biokjemiske forhold. Den som selvskader vil opprettholde atferden for å bryte den ubehagelige uvirkelighetsfølelsen.

1.5 Forekomst av selvmord

Selvord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer. Forekomst av selvmord på verdensbasis i 2015 er estimert av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2018) til nesten 800 000 mennesker. Det vil si at et menneske tar livet sitt hvert 40. sekund. Antageligvis er det 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord (FHI, 2017). Selvmord er den tredje hyppigste dødsårsaken verden over i aldersgruppen 15 – 44 år, og den nest hyppigste dødsårsaken for mennesker i alderen 15-19 år.

I perioden fra tidlig på 1960 tallet til sent på 1980 tallet ble selvmordsraten fordoblet i Norge, for så i perioden 1991-2005 å falle. De siste 10-15 årene har raten vært mer eller mindre stabil (FHI, 2017). I 2016 var det i Norge 614 mennesker som tok livet sitt, dette gir en rate på 13,4 per 100000 innbyggere over 10 år. Det er sjelden at barn under 15 år tar livet sitt, men det var 35% av det totale antall selvmord hos unge mennesker mellom 15-24 år som tok livet sitt i 2016. Dette tilsier at selvmord var den nest hyppigste dødsårsaken for denne aldersgruppen i Norge (NSSF).

I motsetning til selvskading hvor det er registrert at kvinner har den høyeste forekomsten, er det flest menn som tar livet sitt. Kjønnfordelingen er signifikant forskjellig mellom lav/middels inntekt land og velstående land, hvor det er 2-3 ganger flere menn som tar livet sitt enn kvinner. Det er store variasjoner i de ulike land verden over, da selvmord er i noen land forbudt eller forbundet med stigma, og det kan være varierende prosedyrer og kvalitet på registreringer. Samtidig kan det være flere selvmord som blir registret som ulykker da det ikke fremkommer om den avdøde har ønsket å ta livet sitt eller om det er et rent

ulykkestilfelle. Eksempler på slike tvilstilfeller kan være bruk av livsnødvendige medisiner, enkelte trafikkulykker, drukning eller at noen har sultet seg i hjel. I disse tilfellene kan det være vanskelig å påstå om dødsfallet var forårsaket bevisst fordi personen ønsket å dø (Retterstøl et al., 2002). Derfor kan dette gi en usikkerhet på en global skala hvorvidt raten gir en korrekt avspeiling av de faktiske forhold. De vanligste metodene for selvmord er henging, forgiftning, skyting og drukning. Metodene kan variere i forekomst mellom kjønnene, da menn oftest bruker dødeligere metoder som skyting mens kvinner tar overdoser. De sosioøkonomiske og kulturelle forskjellene viser seg også i metoder. Et eksempel på dette kan være i land med stor fattigdom, her kan det brukes plantevernmidler som en metode, mens i vestlige land er denne type plantevernmidler forbudt og er derfor ikke like tilgjengelig. I USA brukes skyting hyppigere, enn i europeiske land som har strengere våpenkontroll i forhold til oppbevaring. Flere restriksjoner som forebyggingstiltak har vist en sammenheng mellom metodebruk og tilgjengelighet (Mehlum & Sjøbu, 1999).

1.6 Begrepet selvmord

Ordet suicid er opprinnelig fra det latinske *suicidium* og er satt sammen av *sui* som betyr seg selv, og *caedere* som betyr å drepe, altså betyr det å drepe seg selv (Mehlum & Sjøbu, 1999). Ordet ble først tatt i bruk på midten av 1600 tallet. Begrepet har gjennom historien blitt brukt med forskjellige definisjoner og forståelser av fenomenet. I den før kristne tiden ble definisjonen av selvmord vektlagt en forståelse av svakhet, hvor den som tok livet sitt var den verste synder. Denne forståelsen utartet seg gjennom historien med kristendommens inntog, til å fordømme og kriminalisere selvmord. De som tok livet sitt ble ikke begravet i viet jord og de etterlatende skulle bli straffet og nektet arv. Gjennom Émilie Durkheim og Sigmund Freud ble begrepet myknet opp og gitt en sosiologisk og psykologisk forståelse. Etter psykologiens inntog ble selvmord forbundet med sinnssykdom som igjen bidro til skam over familien og et tabu belagt tema. Dagens samfunn har beveget seg mer over til å tenke at selvmord kan blant annet være et samfunnsskapt problem, men skam, stigma og tabu er fortsatt knyttet til fenomenet. Det var ikke før i 1814 at de etterlatte skulle få arve den avdødes formue, og i 1842 at de som hadde tatt livet sitt kunne bli begravet på kirkegården. Det er fortsatt land i andre deler av verden hvor selvmord fremdeles er kriminalisert (Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2002).

Suicidologi er læren om det som har med selvmordsproblematikk å gjøre, alt fra selvmordstanker -, trusler-, forsøk og utført selvmord. Fagfeltet omfatter hyppighet, utbredelse, årsaksforhold, behandling, prognose, forebygging og forhold som berører pårørende (Retterstøl et al., 2002). Det er et komplekst fagfelt som kan forstås ut i fra flere teoretiske perspektiver, for eksempel biologi, psykologi, sosiologi, psykiatri, kulturelt og filosofisk. Dette fører til en kompleksitet i forståelsen av fenomenet, som kan bidra til forvirring om hvilke underliggende forklaringer som vektlegges og tydeliggjøres. Definisjon av selvmord bør omhandle både dødelig utfall og intensjonen eller ønske om å dø (Bertolote & Wasserman, 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO, 1998) definerer selvmord som;

Selvord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandringer.

Dette er en lite praktisk og komplisert definisjon og kan delvis forstås som en hypotetisk antakelse sammenblandet med faktaopplysninger. En annen definisjon som ifølge Retterstøl et al. (2002) blir brukt mye, tar utgangspunkt i Erwin Stengel fra 1967 og lyder som; *Selvord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden.* Denne definisjonen levner tvil ved forvirringstilfeller og enkelte psykoser. I 1897 gav Émile Durkheim ut «Le Suicide», som anses som en av de viktigste bøkene som er utgitt om temaet. I denne boken ble selvmord definert som; «... alle dødsfall som, direkte eller indirekte, er resultatet av en positiv eller negativ handling, utført av den avdøde, og som han visste ville føre til dette resultatet». Forståelsen av definisjonen reiser noen spørsmålstegn ved bruk av «positiv eller negativ handling», den tar heller ikke høyde for ambivalensen ved selvmordsforsøk. Grunnleggeren av moderne suicidologi er den amerikanske psykologen Edwin Sneedman, som i 1985 ga ut boken «Definition of suicide». Han definerer selvmord som;

«I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen» (Shneidman, 1985, Oversatt av Dieserud, 2006)

Denne definisjonen understreker at selvmord bør ses ut ifra et kulturelt perspektiv, samtidig som det er et multifaktoriellet fenomen.

1.7 Risikofaktorer og årsaker til selvmord

Selvmord er et fenomen som er komplekst sammensatt av en rekke risikofaktorer og traumatiske opplevelser. Det dreier seg nesten alltid om et samspill, og sammensetningen varierer fra individ til individ. Mehlum (1999) beskriver at de viktigste årsaksfaktorene til selvmord kan finnes i; familie, sosiale forhold, personlighet, biologi, psykiske lidelser, livshendelser, smitte og genetikk. Videre sier han at faktorene kan bidra både direkte til økt selvmordsrisiko og indirekte via andre faktorer. Det er sjelden å få eksakt og direkte informasjon om hvilke risikofaktorer som er årsaken til selvmord, og derfor kan årsaksforklaringer ofte bære preg av å være hypoteser (Mehlum & Sjøbu, 1999). Selvmord er et fenomen som skjer i en kulturell sammenheng, og bør forståes ut fra en familiebasert og en samfunnsbasert kultur (Handlingsplan, 2014). Årsakene til at selvmord er komplekse, og derfor er det viktig å se mennesket som en helhet og behandle det ut ifra en individuell kontekst. Shneidman (1985) utviklet en psykologisk forståelsesmodell ut ifra det han mente var likhetstrekk hos mennesker med selvmordsatferd. Den har han beskrevet med ti karakteristika fordelt under seks forskjellige aspekter; situasjonsbetinget, konasjon, affektiv, kognitiv, relasjonell og gjentakende.

1. Uutholdelig psykisk smerte:

En intens smerte som er situasjonsbetinget i en kombinasjon med manglende vilje eller evne til å komme seg gjennom, kan selvmord være en løsning.

2. **Utilfredsstilte psykiske behov:** En ubeskrivelig smerte holdt vedlike av forvridde og blokkerte psykiske behov.

3. **Å søke en løsning på et uoverkommelig problem:** En intens smerte hvor den eneste løsningen er å ta selvmord, det finnes ingen annen utvei («psychache»).

4. **Opphevelse av bevisstheten.** Paradoksalt er selvmord en løsning på å bevege seg fra og mot «noe». Søke vekk fra smerten, og bevege seg mot en løsning fra en smertefull bevissthet.

5. **Håpløshet-hjelpsløshet:** En følelse av det er ingenting som kan gjøres, og det er ingen som kan hjelpe. Det kan føre til en overveldende ensomhet.

6. **Ambivalens:** En følelse at man må ta selvmord, men samtidig lengter etter håp, og planlegger for å bli reddet og avbrutt i forsøket.

7. **Innsnevring:** En innsnevring av løsninger som gir «tunnelsyn» eller «svart-hvitt» tenkning. Denne tankegangen preges av at det finnes kun en løsning, og klarer ikke å registrere andre muligheter for støtte eller hjelp.

8. **Formidling av selvmordsfare:** Gjennom flere undersøkelser, fremkommer det at 80% av de som har tatt livet sitt har formidlet dette på forhånd. Det kan være bevisst eller ubevisst handling som ikke alltid er et «rop om hjelp».

9. **Flukt- utvei:** Selvmord blir sett på som den endelige utvei og flukt mulighet

10. **Et livslangt mestringsmønster:** Det å forstå ulike individers mestringsstrategier på problemer gjennom et livsløp. Det er en sammenheng mellom uhensiktsmessige mestringsstrategier og selvmord

(Shneidman, 1985 oversatt av Dieserud, 2006)

Her går Shneidman detaljert inn i forståelsen bak selvmordhandlingen, og de 10 faktorene beskriver utholdelig smerte, hjelpeløshet, håpløshet og hvordan det ikke finnes noen annen unnslippelse enn selvmord. Han mener selvmordet kan ses på som en forståelig handling i en livskrise, fremfor et irrasjonelt utfall av en sinnslidelse.

Psykiske lidelser er forbundet med en høy selvmordsrisiko, men lidelsen i seg selv er ikke årsaken til at personen tar selvmord. Noen psykiske lidelser har større betydning for selvmordsrisikoen enn andre, og da særlig stemningslidelser herunder alvorlig depresjon, psykoselidelse, personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk (Retterstøl et al., 2002). En rekke studier har vist at rusmisbruk har en betydning for suicidal atferd (Madge et al., 2011; Nordrum, Eide, & Jørgensen, 2000; Rossow, 2013). En norsk studie av barn og unge som hadde fullført selvmord, viste at nesten halvparten som tok livet sitt var alkoholpåvirket (Grøholt, Ekeberg, Wichstrøm, & Haldorsen, 1997). Under det psykososiale perspektivet vektlegges de intrapsykiske prosessene med utgangspunkt i barndommen. Med dette menes at det legges vekt på betydningen av tidlige traumer som seksuelle overgrep, fysisk og psykisk mishandling, for utvikling av selvmordsatferd i ungdomsårene og senere i livet. Psykososiale faktorer kan også være store påkjenninger, negative omveltninger i livet, mobbing, dødsfall av nær familie og arbeidsledighet. Følelsen av håpløshet, sorg og et syn på livet preget av en diktom tenkning (svart eller hvitt), gjør at flere feiltolker og kan ta feilvurderinger og medvirker til at selvmord virker som den eneste utvei og løsning. Tidligere selvmordsforsøk er en av de viktigste risikofaktorene, selv om de bare har snakket om det og ikke forsøkt, er

risikoen høy på sikt. Desto flere forsøk man har gjort, desto høyere blir dødeligheten (Mehlum & Sjøbu, 1999).

Det er finnes mange risikofaktorer, men det er sjelden en alene avgjør om noen velger å ta livet sitt. Alle som befinner seg i risikogrubbene for selvmord har ofte en opphoping av psykiske belastninger sammen med fravær av støtte fra familie, partner eller andre nære personer. Det kan bidra til at de tar en feilvurdering og vurderer at selvmord er den eneste løsning (Retterstøl et al., 2002). En måte og dele opp risikofaktorene er å dele de i to, den første er demografiske/statistiske risikofaktorer, og det kan være kjønn, etnisitet, alder og sosial klasse. Den andre er kliniske/endringsfølsomme faktorer som lidelsestrykk, angst og depressivt tankeinnhold (Larsen, 2011). Dette er funn av risikofaktorer som er forsket på i store grupper. Det vil si at det finnes mange risikofaktorer som har en sammenheng med selvmord på gruppenivå, men selvmord lar seg vanskelig predikere på individnivå. Når det brukes data fra gruppenivå til å si noe om individnivået kalles dette en økologisk feilslutning. Risikofaktorene har en lav «treffsikkerhet» da de er tilstede hos mange flere individer enn kun de som tar selvmord, samtidig kan de være fraværende hos individer som utfører selvmord. På bakgrunn av vurderinger av risikofaktorer kan man få et stort antall falske positive, altså de som man tror skal ta livet sitt men som ikke gjør det. Den andre siden får man også et stort antall falske negative, de som man ikke tror vil ta livet sitt men som gjør det. Det er vanskelig å predikere hvem som tar selvmord, «det er som å lete etter en nål i en høystakk» (Larsen, 2011).

1.8 Sammenhengen mellom selvskading og selvmord

Det kan være vanskelig å skille hva som er selvmordsforsøk og hva som er selvskading. Selvskading er som tidligere nevnt en handling for å skade seg selv uten intensjonen om å dø, og selvmordsforsøk er derimot handlingen for å skade seg selv men med intensjonen med å dø (Thorsen, 2006). Favazza (2011) sier at det er nødvendig med grunnleggende forståelse at de som tar selvmord har en intensjon om å gjøre slutt på enhver følelse, mens de som selvskader gjør det for å føle seg bedre. Selv om selvskading blir oppfattet som et forsøk på å mestre ubehagelige følelser, kan denne mestringsfølelsen til slutt oppleves som mislykket. Dette kan være med på å bidra til depresjon og selvmordsatferd (Øverland, 2006) Det er gjort flere studier som viser at selvskading er en av de viktigste risikofaktorene for fremtidig

selvmord (Gairin, House, & Owens, 2003; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). Hawton og medforfattere (2003) undersøkte 11583 pasienter gjennom perioden 1978- 1997 som hadde kontakt med helsevesenet med villet egenskade. Deres funn var de med villet egenskade, hadde 66 ganger større fare for å ta livet sitt det første året etter kontakten med helsevesenet, enn normalbefolkningen. Det kan være ulike årsaker til at de som selvskader har en høyere selvmordsfare. En mulig årsak kan være at selvskadingsmetoden blir mer drastisk og utprøvende og til slutt ender med døden. For å lindre de underliggende symptomene så eksperimenteres det med grensene for å teste seg selv (Thorsen, 2006). En annen årsak kan være at individet føler mer på håpløsheten, det blir overveldende, og man isolerer seg før man til slutt mister kontrollen over eget liv og finner ingen annen utvei enn å ta livet sitt. Forholdet mellom selvskading og selvmord er komplekst fordi på den ene siden vet vi at de fleste som skader seg ikke har en suicidal intensjon, mens på den andre siden vet vi at de som tar livet sitt har også skadet seg tidligere (Hawton et al., 2003; Thorsen, 2015).

1.9 Sammenheng mellom selvskading, selvmord og ungdom i barnevernet

Selvskading forekommer hyppigst hos ungdom, både om de gjør det selv eller kjenner noe som gjør det (Jacobson & Gould, 2007). Det at jevnaldrende og venner selvskader kan føre til smitteeffekter, og det er regnet som en vesentlig risikofaktor som kan være avgjørende for en utvikling av selvskadende atferd. En ungdom som selvskader har flere kjennetegn som for eksempel lavt selvbilde, angst og depresjon. En medvirkende faktor kan være at de i barndommen har opplevd traumatiske livshendelser som for eksempel seksuelle overgrep, fysiske og psykisk mishandling, neglekt, foreldre som har vært psykisk syke, mobbing og foreldre eller venner som har utført selvmord (Ystgaard et al., 2003). Dette er risikofaktorer som er fremkommet i undersøkelser av ungdom i en normalbefolkning. Forskningsprosjektet «Ung i Norge» ble satt i gang i 1992 med en varighet på 10 år, og et av funnene viste at det å være en jente utgjorde en risikofaktor for å utvikle en selvskadende atferd. Denne kjønnsforskjellen ble tydeligere i ungdomstiden, og en hypotese var at jenter hadde hyppigere og kraftigere reaksjoner på de utfordringene som inntreffer i ungdomstiden. Andre risikofaktorer som hadde hatt en økning over tid i undersøkelsen var rusmiddelbruk, ensomhet, skilte foreldre, spiseforstyrrelser og tilfredsheten med egen kropp (Wichstrøm, 2002). Forskning har belyst at det er en høy forekomst psykiske lidelser blant barn og unge i barnevernsinstitusjoner. I en undersøkelse var det 76% som hadde psykiske lidelser, og det

var 61% som svarte at de hadde mottatt hjelp fra en offentlig instans de siste tre månedene, og 25% som hadde vært i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dette var ungdommer som hadde høy grad av komorbiditet, med det menes at de hadde flere psykiske lidelser samtidig. Som for eksempel alvorlige atferdsforstyrrelser sammen med høy grad av depressive lidelser og angst, autismediagnose med atferdsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser med tilknytningsforstyrrelser og rus eller atferdsforstyrrelser med andre diagnoser (Kayed et al., 2015). En av de viktigste beskyttelsesfaktorene for barn og unge er tilhørighet og skole/utdanning. Tidligere forskning har vist at barnevernsbarn generelt, og institusjonsbarn spesielt kommer dårlig ut av skolesituasjonen i forhold til normal befolkningen (Backe-Hansen, 2011). I undersøkelsen til Kayed og medforfattere (2015) henvises det til en høy forekomst av psykiske lidelser som kan medføre til alvorlig hindring for læring. Manglende utdanning kan gi store konsekvenser og kan føre til en marginalisering på viktige livsområder i fremtiden.

Det er gjort en rekke studier av registerdata i land som Danmark, Sverige og England om hvordan barn og unge som har vært under omsorg utenfor hjemmet har klart seg i voksen alder (Nygaard, 1993; Stein, 2006; Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Gjennomgående for alle studiene er at barnevernsbarn har høyere risiko for negative utfall i voksen alder som for eksempel tidligere død, psykiske lidelser, lav utdanning, yrkestilknytning, hjemløshet og graviditet i tidlig alder. Det ble gjennomført en longitudinell studie av barneverns klienter fra 1990-2005 i Norge, og denne studien bekrefter mange av funnene fra de utenlandske studiene (Clausen & Kristofersen, 2008). Studien undersøkte fire områder; fullført utdanning, brutto inntekt, bruk av sosialhjelp og arbeidsledighet. Barneverns klientene ble inndelt i kategoriene fosterbarn, barne- og ungdomshjem og ettervern. På alle områdene som ble undersøkt kom barneverns klientene dårligere ut enn sammenligningsutvalget. Det var et fåtall av barneverns klientene som hadde høyere utdanning, mange hadde en lav inntekt, flere mottok sosialstønad og det var en stor andel som var arbeidsledige. Samtidig var de som bodde på barne- og ungdomshjem de som kom dårligst ut, mens de som bodde i fosterhjem klarte seg best. Studien indikerer at grunnen til at det går så dårlig med barneverns klientene er fordi de har et vanskelig utgangspunkt, med dårlige levekår preget av omsorgssvikt og mishandling. Foreldrene til barneverns klientene hadde lavere utdanning, lavere inntekt og mottok oftere sosialstønad. Videre indikerte funnen i studien at de tidligere barneverns klientene hadde dårligere helse enn normalbefolkningen og høyere forekomst av kriminalitet (Clausen & Kristofersen, 2008). I NIBR rapporten «Barneverns barnas helse» ble det blant annet brukt dødsårsaksregisteret og dødsårsaksstatistikk for å gi et bilde av omfanget og

alvorlighetsgraden av barnevernsbarns helse. Funnene fra studien viser en høyere dødelighet blant barnevernsbarn og deres biologiske familie enn normalbefolkningen. Faktorene som spilte inn var kjønn, alder, bakgrunn og varighet av tiltakene. Studien viser at det er høyere dødelighet blant gutter over 18 år med norsk bakgrunn som har hatt korte opphold på barnevernsinstitusjoner. Dødsårsakene var særlige voldsomme dødsfall, herunder trafikk- og andre ulykker, selvmord og drap. Det var en betydelig høyere andel selvmord i barnevernsbarn gruppen (16 pr. 10 000) i forhold til den generelle barnepopulasjonen (2 pr. 10 000) (Kristofersen, 2005).

Som tidligere nevnt er selvskading overrepresentert blant ungdom av ulike årsaker for utløsning av indresmerte. Det er også en overhyppighet av selvmord blant dem som selvskader grunnet traumer fra barndommen som ender med å ta livet sitt (Thorsen, 2015). Barnevernsbarn er en utsatt gruppe i samfunnet som kan inneha de fleste risikofaktorene for både selvskading og selvmord (Clausen & Kristofersen, 2008; Kristofersen, 2005; Ystgaard. et al., 2004). De er en gruppe som er sterkt preget av traumer i barndommen, av dårligere levekår, og psykiske lidelser. Det kan være nærliggende å tenke seg at disse risikofaktorene i sammenheng med impulsivitet, depresjon, angst og rusmisbruk kan gi en høy forekomst av selvskading og selvmord.

1.10 Formålet i barnevernet og institusjonsplassering

Lov om barneverntjenester har som formål: «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår» (Barnevernloven, 2017). Barnevernloven (2017) bygger på tre grunnprinsipper; prinsippet om barnets beste, det mildeste inngreps prinsipp, og det biologiske prinsippet (NOU 2012:5, 2012). Dette er overordnede mål som barnevernstjenestene skal jobbe etter. Med det biologiske prinsippet, menes det å løse barnets utfordringer med utgangspunktet i hjemmet, det betyr at tiltakene er i samarbeid med foreldrene, barnet og barnevernstjenesten.

Det kan skje at det er utfordringer som ikke kan løses, der og da i hjemmet, eller at det ikke er barnets beste å forbli i hjemmet med tanke på skade på helse og utvikling. Det er noen paragrafer i barnevernloven som åpner opp for plassering ut av hjemmet, enten det er beredskapshjem, fosterhjem eller barnevernsinstitusjoner (Barnevernloven, 2017). Etter endt undersøkelse i hjemmet, skal det først være prøvd mildeste inngripen, og hvis vilkårene ligger

til grunn kan det settes i verk hjelpetiltak (§4-4) i hjemmet. Denne paragrafen kan også benyttes i en plassering på en institusjon hvis behovene ikke løses på en annen måte (§4-4, 6.ledd). I de tilfellene hvor barnet er uten omsorg ved sykdom hos foreldre, eller blir skadelidende ved å forbli i hjemmet, kan det skrives akuttvedtak på midlertidig ivaretagelse, §4-6, 1.ledd eller §4-6, 2.ledd, og da kan barnet bli plassert i en barnevernsinstitusjon. En større inngripen vil kunne være når barneverntjenesten fremmer sak i fylkesnemnda om omsorgsovertakelse etter §4-12. For at dette kan bli vedtatt i fylkesnemnda, skal det oppfylles strenge krav som blant annet omhandler omsorg, trygghet, oppfølging og at ikke barnet ikke forblir skadelidende i hjemmet (Barnevernloven, 2017). Et barn som viser alvorlige atferdsvansker, utøver alvorlig kriminalitet, eller utøver et vedvarende rusmisbruk og er til fare for seg selv eller andre, kan barneverntjenesten fatte et vedtak med mulig bruk av plassering og tilbakeholdelse uten samtykke (§4-24 og §4-25). Dette vil si at barnet kan bli plassert på en atferdsparagraf som åpner opp for å sette begrensninger i blant annet bevegelsesfrihet, besøksnekt og kommunikasjonsmidler, dersom det er nødvendig for behandlingsopplegget, eller for formål med plasseringen, jmr §22, §23, §24 i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (2017).

1.11 Miljøterapi

Miljøterapi er en terapeutisk retning som har eksistert i 50 år, og har sitt utspring i institusjonsbehandling med barn og unge, voksne og i arbeid med psykiske utviklingshemninger. Det er en terapiform som ikke har et entydig perspektiv og retning, men åpner opp for å la seg inspireres av andre teoretiske retninger som for eksempel kognitiv, psykodynamisk, systemisk og atferdsterapeutiske retninger. Miljøterapi kan best forstås ut fra en overliggende fagideologisk tenkning istedenfor en konkret metode (Lillevik & Øien, 2015).

Det som kjennetegner miljøterapi er den terapeutiske relasjonen til individet som trenger samværet, tiden og miljøet som faktor, og spontan bruk av det som skjer i «her- og nå» situasjonene (Landmark. & Olkowska, 2009). For at det terapeutiske arbeidet skal forstås som miljøterapi kreves det noen grunnleggende forutsetninger. Miljøterapi må begrunnes faglig, være planlagt, nyttiggjøre seg av samhandling i samspill i omgivelsene, bidra til fysisk, psykisk og åndelig vekst. Miljøterapi må bygge på humanistiske idealer som omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet. Samtidig må miljøterapeuten være i stand til å utnytte uforutsette muligheter når de oppstår, og gi rom for

miljøterapeutisk spontanitet. (Lillevik & Øien, 2015). Miljøterapeutens virkeområder innenfor de institusjonelle rammene er ikke begrenset til bygningsmessige rammer, men virksomhetens rammebetingelser. Det vil si at terapeutens virkeområde omhandler alle omgivelser en gitt situasjon oppstår, det kan være fysiske, psykologiske og sosiologiske omgivelser ungdommen befinner seg i. Denne krevende terapiformen forutsetter at fagpersonen har en høy kompetanse og ferdigheter innenfor et bredt teoretisk og metodisk spekter, og samtidig kunne ha en faglig kritisk refleksjon rundt de terapeutiske tiltakene (Lillevik & Øien, 2015).

1.12 Begrepet holdninger «attitudes»

Oppenheim (1992) sier at de fleste definisjoner ser ut til å enes om «*at holdninger involverer tilbøyeligheten til å reagere på en spesiell måte når man blir konfrontert med en spesifikk stimulus*». Definisjonen av begrepet holdninger («attitudes») blir ofte definert som «*en persons holdninger mot en annen person, som involverer en tilbøyelighet til å reagere positivt eller negativt mot den andre personen*» (Ajzen, 2005). Denne definisjonen beskriver det som skjer under en interaksjon mellom to personer. Deres holdninger til hverandre vil være avhengig av forutinntatte meninger om hverandre, som vil inkludere informasjon, kunnskap og tanker om personen. Dette er en viktig faktor i miljøer hvor mennesker møtes for første gang hvor det skjer en utvikling av holdninger som blir påvirket av meninger, kunnskap og tanker om andre mennesker og deres atferd (McLaughlin, 1994). Miljøterapeutene på en barnevernsinstitusjon jobber med slike interaksjoner daglig, og denne interaksjonen bidrar til hvordan de forstår ungdom som selvskader og har en antatt forhøyet selvmordsfare. Derfor er det viktig å forstå hvilke holdninger miljøterapeutene har til de ulike ungdommene, fordi det kan gi en pekepinn på hvordan holdningene påvirker personalets egne emosjonelle reaksjoner.

1.13 Overføring

To sentrale begreper i dynamisk psykoterapi, er overføring og motoverføring. Den første som beskrev overføringsbegrepet var Sigmund Freud, og han kalte fenomenet «*transference*» (overføring) og brukte det sentralt i den psykoanalytiske behandlingen (Goldstein & Goldberg, 2004). Freud definerte overføringer som;

«new editions or facsimiles of the impulses and phantasies which are aroused and made conscious during the progress of the analysis; but they have this peculiarity, which is characteristic for their species, that they replace some earlier person by the person of the physician”(Schibbye, 2009, p. 282).

Overføring betyr at terapeut-pasient forholdet blir preget av pasientens tidligere eller nåværende relasjoner, og følelsesmessige erfaringer. Dette fører til at opplevelser fra fortiden ubevisst oppfattes som gjeldene i «her- og nå» situasjoner, og grensene ved nåtid og fortid viskes ut. Freud mente at tidligere opplevelser omhandlet en direkte sammenheng mellom det infantile og nåværende væremåte, og senere har dette blitt moderert til forskjellige væremåter i livsprosessen. Begrepet overføring handler om en ubevisst forskyvning fra fortid til nåtid. En klient eller ungdom mistolker en nåtidig relasjonell opplevelse basert på fortidens erfaringer. De søker ubevisst etter å gjenoppleve det som skjedde i barndommen, men på en lykkeligere måte. Dette lykkes de ikke med, men de gjentar forsøkene. Denne repetisjonen mente Freud var et paradoks fordi klienten repeterte både for å huske, og for ikke å huske. Dette paradokset innebærer et uttrykk for infantile ønsker, underliggende skjulte selvprosesser og avvergende manøvrer for å slippe å konfrontere det skjulte (Schibbye, 2009). Derfor kan overføringstolkninger gi en sterk emosjonell opplevelse, belyse viktige sider av pasientens problemer i mellommenneskelige relasjoner, og kan gi terapeutiske muligheter for klienten (Hem, 2012; Larsen, 2015). I en overføringsprosess er det viktig at terapeuten beholder grensene, dermed kan klientens bidrag bli tydeligere, slik at grunnlaget for væremåten kan forsvinne. Dermed blir det vesentlig å sortere, og være bevisst på hvordan overføring kan påvirke en terapeut -klient relasjon (Schibbye, 2009).

1.14 Motoverføring

Maltsberger and Buie (1974) hevder at motoverføring er uunngåelig i all psykoterapi, og forekommer spesielt i behandlingsforløpet med klienter som har borderline personlighetsforstyrrelse, og med selvmordsnære pasienter. De definerer motoverføring som; *« the therapist’s emotional response to his patient’s way of relating to him, and to transference which the therapist may form in relation to his patient”(Maltsberger & Buie, 1974, s. 1).* Motoverføring omhandler at terapeuten ubevisst reagerer på andre, ikke bare etter hvordan de er, men også som følge av hvordan en selv er, og tilskriver andre personer egenskaper som ikke er reelle(Larsen, 2015). Fenomenet motoverføring kan forstås som en

uunnværlig del av alle former for terapi. Forståelsen av begrepet motoverføring kan beskrive ubevisste sider ved terapeutens motivasjon til å hjelpe pasienten, og gi en økt bevissthet om egne tanker, følelser og handlinger i den terapeutiske prosessen (Knutson, 2004).

1.15 Projektiv identifikasjon

Projective identification ble introdusert av Melanie Klein i 1946, og begrepet har blitt utvidet gjennom flere bidragsytere blant annet Thomas Ogden (1979). Begrepet referer til pasient-terapeutrelasjonen i klinisk praksis. Projektiv identifikasjon oppfattes som en form for kommunikasjon ved at det intrapsykiske objektforholdet blir eksternalisert til en person. Dette vekker ikke bare følelser og tanker hos mottaker, men også en tilbøyelighet til å handle, som å være under press til å reagere aktivt på den tilstanden man er satt i (Zachrisson, 2008). Det vil si at pasienten overfører egne fortrenge følelser, tanker og behov over på terapeuten. Terapeuten kan oppleve denne følelsen som reell, og dette kan føre til at terapeuten handler og føler likt som pasienten. Dette er ubevisste følelser, og det er vanskelig for terapeuten å gjenkjenne og vite hvor følelsen kommer fra.

2 Tidligere forskning

Selvskading og suicidalitet har hatt en økning i forekomst de siste tiårene, og omfanget av forskning på holdninger hos helsepersonell til denne problematikken har økt i takt med forekomst. Det har vært gjort ganske mange undersøkelser på selve fenomenet med sykepleiere og leger, og deres holdninger ovenfor voksne pasienter. Det har ikke vært like mye forskning knyttet opp mot ungdommer. Jeg søkte i databasene; CINTHAL, PubMed og PsychINFO, med søkeordene; “*self injury behavior*”, “*self-harm*”, “*adolescents*”, “*young people*”, “*health staff*”, “*health personnel*”, “*attitudes*” og “*countertransference*”. Jeg har brukt søkeordene enkeltstående eller i kombinasjon, og søket ble fortatt på engelsk. I starten av mitt forskningsprosjekt søkte jeg etter forskning og litteratur som omhandlet miljøterapeuter på barnevernsinstitusjoner, og deres emosjonelle reaksjoner på problematikken. Jeg fant ingen forskning som var blitt utført i Norge, derfor valgte jeg å søke med engelske ord for å finne forskning fra andre land blant annet England, USA, Australia og Finland. Samtidig måtte jeg utvide mine søk fra barnevernsinstitusjon til sykehus, psykiatrisk avdeling og skole, men med fokus på ungdommer. Jeg fikk treff på 14 artikler som beskriver undersøkelser om helse- og skolepersonell og deres holdninger til problematikken. Undersøkelsene ble foretatt på sykepleiere, leger, psykologer og ufaglært personal som kunne jobbe på sykehus og psykiatriske avdelinger. I drøftingskapittelet vil jeg beskrive mine funn i denne undersøkelsen, og drøfte opp mot tidligere forskningsartikler og teori. Selv om ingen av de undersøkelsene jeg fant, hadde en direkte relevans til barnevernsinstitusjoner valgte jeg likevel å bruke flere av dem til å sammenlikne mine funn. Dette gjorde jeg fordi de omhandlet hvordan helsepersonell opplevde å jobbe tett med ungdommer som selvskadet og var suicidale.

3 Metode

Ordet metode stammer fra gresk *methodos*, og betyr å følge en bestemt vei til et mål. I en samfunnsvitenskapelig metode handler det om å samle inn informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan denne informasjonen skal analyseres, og hva den forteller om samfunnsmessige forhold og prosesser. Dette er en sentral del av empirisk forskning, som kjennetegnes ved systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010).

I metodekapittelet vil jeg gi en beskrivelse av hvilken forskningsmetode jeg har valgt til å belyse min problemstilling. Jeg vil redegjøre for hvorfor jeg har valgt en kvalitativ forskningsmetode, beskrive hvilke vitenskapelige retninger oppgaven befinner seg innenfor, beskrive hvorfor jeg valgte intervju som metode. Videre vil jeg redegjøre hva som legges i begrepet forforståelse, beskrive utvalget av deltakere, utarbeidelse av intervjuguide og beskrive gjennomførelsen av intervjuet. Avslutningsvis vil jeg skrive om transkribering av intervjuene, beskrive analysen med vekt på fire trinn i metoden og deretter redegjøre for forskerens etiske hensyn og herunder informert samtykke, godkjenning av NSD, kvalitetskrav og metodekritikk.

3.1 Valg av metode

Jeg ønsker med min problemstilling å forstå hvordan miljøpersonalet på en barnevernsinstitusjon opplever å jobbe tett med ungdommer som selvskadere, og som kan ha en forhøyet selvmordsfare. For å få svar på min problemstilling ønsket jeg å intervju miljøterapeuter som arbeider på en barnevernsinstitusjon, og som jobber tett på ungdom med denne problematikken. Jeg ville undersøke hvilke utfordringer som fantes i dette arbeidet, og hvilke følelser som ble aktivert hos personalet med både selvskading og suicidalitet. Gjennom kvalitativ metode har jeg mulighet til å utforske i dybden av et fenomen som kan bidra til å utvikle en ny kunnskap. Kvalitativ metode kan også åpne opp for forskning hvor kunnskapsgrunnlaget er lite, hvor en problemstilling kan utforskes og gi grunnlag for nye hypoteser (Malterud, 2017). I medisinsk og helsefaglig forskning starter ofte en forskning på et lite belyst fenomen som en uformell utforskning gjennom kvalitativ metode, og for så eventuelt senere å teste hypotesene med kvantitativ metode. Med min problemstilling ønsker jeg å belyse i dybden og ikke i bredden, da denne problemstilling ikke er forsket på tidligere i

en barnevernsinstitusjon. Med å bruke kvalitativ metode vil jeg kunne utforske menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger på en annen måte enn med kvantitativ metode. I følge Denzin and Lincoln (2000) er «...*qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or to interpret, phenomena in terms of the meanings people bring them*». Metoden belyser hvordan menneskers egenskaper spiller ut i dagliglivet og i deres fortolkende paradigme. Det fortolkende paradigme bygger på å sette subjektet i fokus hvor fenomenet anerkjennes og undersøkes med forskeren som et sentralt redskap. Dette vil da gjøres ut fra en grunnforståelse av at verden kan oppfattes ulikt avhengig av hvilket ståsted mennesket har. Det mest hensiktsmessige i denne studien, vil være å bruke en induktiv tilnærming hvor det trekkes slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017) Det vil si å omdanne innsamlet data som viser et mønster til teorier eller generelle begreper. Jeg ønsker med min problemstilling å søke etter miljøterapeutenes subjektive opplevelser og forståelse i arbeidet med ungdom som selvskadere og har en antatt forhøyet selvmordsfare, dette er grunnlaget for min empiri i studien. I en samfunnsvitenskapelig forskning er det et mål å integrere teori og empiri. Å omdanne empiri til teori kan være vanskelig, og det er derfor viktig å ha en pragmatisk tilnærming til studien med sikte på best mulig å besvare studiens problemstilling (Johannessen et al., 2010).

3.2 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Fenomenologi er både en filosofi og et kvalitativ forskningsdesign som brukes ofte i sosiologi, psykologi og helsevitenskap (Thagaard, 2013) Fenomenologi er læren om det som viser seg eller fremstår for oss slik det umiddelbart oppfattes av sansene (Johannessen et al., 2010) Retningen ble grunnlagt av Edmund Husserl på begynnelsen av 1900 tallet. Fenomenologien ble videreutviklet som eksistensfilosofi av Martin Heidegger, og ytterligere utviklet til ekstensialistisk og dialektisk retning av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Da retningen ble grunnlagt omfattet fenomenologien bevissthet og opplevelser hos mennesker. Gjennom Heidegger og Husserl ble forståelsen utvidet til å omhandle menneskets livsverden. Merleau-Ponty og Sartre mente at fenomenologien også skulle ta hensyn til kroppen og menneskers handlinger i en historisk sammenheng. Innenfor kvalitativ forskning er fenomenologien et begrep på å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrivelser av verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelsen at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale et al., 2015). Som kvalitativ forskningsdesign betyr fenomenologien det å utforske og

beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av, et fenomen (Johannessen et al., 2010). Gjennom en studie som tar sikte på å utforske omsorgsarbeideres utfordrende arbeidssituasjon, kan fenomenologien gi en forståelse av essensen av den relasjonelle kompetansen som omsorgsarbeiderne bruker i sin arbeidssituasjon. Det vil si at den relasjonelle kompetansen representerer fenomenet som skal studeres, og omsorgsarbeiderens daglige erfaringer gir grunnlag for analyser for å utvikle en forståelse av fenomenet (Thagaard, 2013). Med denne tilnærmingen skal forskerens egne antakelser og forståelse legges til side. Da fenomenologien tar utgangspunkt i hvordan mennesker opplever fenomener i sin egen livsverden, vektlegger hermeneutikken fortolkninger av mening i tekst. Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger ved å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2013). En hermeneutisk tilnærming beskriver at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomenet kan tolkes på flere nivåer. Med en hermeneutisk fortolkning er formålet å oppnå en gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale et al., 2015). En grunntanke i hermeneutikken er at vi aldri går inn i verden forutsetningsløst, vi vil alltid forstå fenomener med bakgrunn av hva vi bringer inn i forståelsesprosessen (Gilje & Grimen, 1995). En annen viktig innsikt i hermeneutikken er at meningsfulle fenomener må ses på i den sammenheng eller i konteksten de fremkommer i. Det vil si at det er sammenhengen som gir mening, og forskeren må sette dem i en sammenheng for å kunne lese ut den meningen fenomenene måtte ha. En av de viktigste begrepene i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den peker forholdet mellom helhet og del av det som fortolkes, forståelsen av det som fortolkes og i hvilken sammenheng og kontekst det fortolkes. Dette er en sirkulær og kontinuerlig prosess, som ikke lar seg stanses (Gilje & Grimen, 1995).

I denne forskningsoppgaven har jeg gjennom analysen vekslet mellom å fortolke deler av teksten og helheten av teksten, og dette har gitt meg ny innsikt som har ført til ny forståelse om fenomenet i undersøkelsen. Dermed blir undersøkelsen en kontinuerlig sirkulær prosess som ikke man har mulighet til å tre ut av. Jeg vil også forsøke å gi en beskrivelse av hvilken sammenheng undersøkelsen er gjort slik at leseren forstår konteksten. Som en forståelsesramme har jeg valgt å benytte meg av fenomenologisk tilnærming til temaet. Dette er fordi jeg ønsker å forstå sosiale fenomener fra deltakernes subjektive opplevelser som gir meg grunnlag for å analysere og utvikle en forståelse for fenomenet.

3.3 Intervju som metode

Formålet med kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider ved deltakerens dagligliv ut ifra deres egen virkelighetsoppfatning (Kvale et al., 2015). Målet med kvalitativt forskningsintervju er å forstå deltakeren gjennom tekst og ikke tall. Et dybdeintervju er basert på fenomenologisk perspektiv, hvor forskeren ønsker å forstå intervjupersonens opplevelser, og hvordan de reflekterer over fenomenene (Tjora, 2017).

Jeg har valgt å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode for å få en innsikt i hvordan miljøpersonalet opplever og forstår ungdom som selvskader og har en antatt forhøyet selvmordsfare. Det finnes flere forskjellige typer forskningsintervjuer, men jeg har valgt semistrukturert intervju. Dette har jeg valgt da jeg ønsker å holde meg til et spørsmålsoppsett hvor det er like spørsmål for alle deltakerne. Dette gir også en mulighet for oppfølgings spørsmål ved behov. Ved en slik metode har jeg muligheten til å tilegne meg kunnskap utenom de strukturerte spørsmålene, samtidig kunne sammenligne svarene fra de strukturerte spørsmålene. Et dybdeintervju er en profesjonell samtale som innehar en asymmetrisk maktfordeling mellom forskeren og deltakeren. Dette krever at forskeren har respekt og empati for deltakeren, og derfor er det viktig å tenke gjennom de etiske sidene i forkant av intervjuet. Et annet viktig aspekt ved dybdeintervju er å skape en avslappet atmosfære hvor deltakeren føler seg trygg nok til å prate åpent om sine personlige erfaringer og opplevelser. Samtidig bør intervjuene inneha en viss struktur og et formål. Forskeren har ansvaret for rollefordelingen, og burde på forhånd gjennomgå hvilke rammer som burde ligge til grunn. Dette for å ha en bevissthet om hvordan man balanserer deltakerens subjektive opplevelser samtidig at man opprettholder strukturen i samtalen. Kvale et al. (2015) vektlegger at det er syv intervju faser som burde grundig gjennomgå før selve intervjuet. De syv fasene er; 1. tematisering av et intervjuprosjekt, 2. design, 3. selve intervjuet, 4. transkribering, 5. analyse, 6. verifikasjon og 7. rapportering. De syv fasene kan bidra til at prosessen får en transparent og tydelighet.

3.4 Forforståelse

I en undersøkelse bringer vi alltid inn egne fordommer og forforståelse. Det betyr at vi har allerede en mening om et fenomen fra før undersøkelsen. Som forsker vil man prøve å være mest mulig forutsetningsløs, men det vil alltid komme inn noen tanker om fenomenet. Dette kalles en forforståelse, og denne forforståelsen er viktig å være bevisst. Det å gjøre seg bevisst

på sin egen forforståelse vil gjøre det lettere å skille den fra nye inntrykk i forskningsprosessen (Dalland, 2017). Forskerens forforståelse kan påvirke hva forskeren observerer, og hvordan observasjonen blir vektlagt og tolket. Data som er samlet inn gjennom samfunnsforskning er «teoriimpregnert», det vil si at forskeren sjelden starter med blanke ark og starter en undersøkelse uten oppfatninger om det som skal undersøkes, eventuelt hva man forventer av resultater (Johannessen et al., 2010). Derfor vil det ikke være mulig å ikke påvirke sin egen forskning. Malterud (2017) hevder at motivasjon til å gjennomføre en undersøkelse vektlegges gjennom egen forforståelse. Da problemstillingen kan ta utgangspunkt i egen oppfatning og erfaring rundt fenomenet. Jeg tar med meg inn i undersøkelsen en erfaring med barnevernsbarn som bor på institusjon som selvskader og har en antatt forhøyet selvmordsrisiko. Derfor blir det viktig å være bevisst på mine egne fortolkninger når jeg skal fange opp deltakernes meninger. Jeg må la deltakerne fortelle åpent om sine erfaringer og ikke la deres opplevelser bli preget av min forforståelse. Repstad (1998) beskriver noen fordeler om det å forske på egen «hjemmebane». Han peker på motivasjonen hos forskeren, og den utholdenheten forskeren oppnår ved å forske på eget felt. Videre beskriver Repstad (1998) at forskerens forhåndskunnskaper til miljøet kan innvirke på en positiv måte i forhold til forforståelse og tolkning slik at man kan unngå misforståelser. Det å redegjøre for sin egen forforståelse gir leserne bedre mulighet til å vurdere forskningsdataens gyldighet og pålitelighet. Min fordel er at jeg kjenner fagkunnskapen, og jeg kjenner hvordan det er å arbeide på en institusjon med ungdom i krise. I en intervjuprosess kan dette føre til at jeg raskt gjenkjenner temaene, og derfor kan spørre relevante oppfølgingsspørsmål. Det som kan være ulempen er at jeg ikke får en analytisk distanse hvor jeg fortolker dataen til min forforståelse. Dette er en prosess som jeg må ha bevisst holdning til under både intervjuene, og drøftningen.

3.5 Intervjuguide

I et kvalitativt forskningsintervju kan intervjuguiden være mer eller mindre strukturert, det vil si at spørsmålene er tilrettelagt på forhånd. Skillene mellom oppsett på spørsmålene deles i ustrukturert, semistrukturert og strukturert intervju. Jeg har valgt å ha et semistrukturert intervju, og jeg tar utgangspunkt i en overordnet intervjuguide hvor jeg kan variere mellom spørsmål, tema og rekkefølge. Dette gjør at jeg kan bevege meg mellom spørsmålene og stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Gjennom bearbeidelsen av intervjuguiden kan forskeren identifisere hvilke deltemaer som de ønsker skal inngå i den overordnede problemstillingen.

Samtidig kan intervjuguiden inneholde underspørsmål og punkter som gjør at forskeren får utdypet og dekket de forskjellige temaene (Johannessen et al., 2010). Rekkefølgen i en intervjuguide er ofte satt opp i en bestemt rekkefølge, slik at det kan gi en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet. Denne rekkefølgen kan ofte ha en betydning på hvordan deltakeren besvarer spørsmålene. Johannessen et al. har beskrevet en rekkefølge som de mener bør være med i en intervjuguide. Her anbefales det å starte med *faktaspørsmål*, hvor det er en opprømsing av enkle spørsmål som kun krever korte svar for eksempel jobb, familie, fritidsaktiviteter. Dette for å starte et tillitsforhold mellom forskeren og deltakeren. Deretter stilles *introduksjonsspørsmål*, hvor forskeren introduserer temaene som skal belyses for å rette deltakeren inn mot temaene og beskrive sine erfaringer og betraktninger. Videre stilles *overgangsspørsmål*, hvor forskeren trekker en forbindelse fra det generelle planet til nøkkelspørsmålene. Her ønsker forskeren å gå fra det generelle planet til deltakerens personlige erfaringer og betraktninger. Neste trinn er *nøkkelspørsmålene* som er hoveddelen og kjernen i forskningsintervjuet. Da ønsker forskeren å få svar på studiens problemstilling og formål. Hvis forskeren har *kompliserte og sensitive spørsmål* bør de stilles mot slutten av intervjuet. Selv om forskeren har oppnådd en viss tillit, bør de spørsmålene som kan oppleves som private og pinlige for deltakeren, utformes med varsomhet. Hvorfor de spørsmålene bør komme mot slutten er fordi deltakeren og forskeren har da hatt en samtale over tid, de har bygget opp en tillit som kan gi en opplevelse av trygghet. Hvis ikke deltakeren opplever trygghet, vil kanskje ikke forskeren få gode og utfyllende svar på de kompliserte og sensitive spørsmålene. I en intervjufase er det viktig å ha en *avslutning* som runder av intervjuet på en ryddig måte. Det bør også settes av tid avsluttende kommentarer, oppklare eventuelle misforståelser eller andre ting som burde tillegges intervjuet.

Jeg har utformet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 2) hvor jeg har lagt vekt på rekkefølge spørsmålene burde stilles. Det var mange hensyn å ta, et eksempel på dette var utdanning. Først tenkte jeg at det var et ypperlig spørsmål å starte med, men ved drøfting med veileder stilte jeg dette spørsmålet i avslutningen. Dette fordi det kunne oppleves av deltakerne at jeg ville bruke deres yrkesgruppe til å rangere hvem som kunne mest eller utførte best miljøterapi. For å unngå dette, valgte jeg å stille dette spørsmålet til slutt. Det var flere slike hensyn å ta, og derfor har jeg utformet intervjuguiden min mest mulig nøytral. Jeg har også valgt å bygge opp intervjuguiden med ufarlige temaer på starten, for så å bygge opp til nøkkelspørsmålene som omhandler problemstillingen min mot slutten. Jeg vil ta meg god tid til å utforme en intervjuguide, og vurdere i hvilken rekkefølge de burde komme og hvilke

spørsmål som er mest hensiktsmessige å stille Dette er for å prøve å unngå ja og nei svar, samt å unngå lukkede spørsmål.

3.6 Utvalg av deltakere

Å velge hvem som skal være deltaker i et intervju er en stor del av den kvalitative undersøkelsen. Formålet med undersøkelsen er å komme tett på personer i en målgruppe forskeren er interessert i å vite noe om (Johannessen et al., 2010). I en utvelgelsesprosess av deltakere til en undersøkelse bør forskeren definere hvilket utvalg undersøkelsene baserer seg på. Kvalitative undersøkelser baserer seg ofte på et strategisk utvalg av deltakere. Det vil si at forskeren velger deltakere som innehar egenskaper og kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver. Denne prosessen har betydning for konklusjoner om overførbarhet, da forskerens fortolkninger av sosiale mønstre i datamaterialet gir grunnlag for konklusjonen i undersøkelsen (Thagaard, 2013). Kjennetegn for kvalitative metoder er at forskeren forsøker å få mye informasjon gjennom et begrenset antall deltakere. Da min studie ønsker å utforske deltakerens egne opplevelser og erfaringer, var det ikke et mål å ha et stort utvalg. Det ble begrenset til seks deltakere på en akutt barnevernsinstitusjon på Østlandet. Inklusjonskriteriet var at de måtte ha ti års erfaring i arbeid med ungdommer, jobbe på dag/kveld, være fast ansatt og ha en av de tre relevante utdannelsene; sosionom, barnevernspedagog eller vernepleier. Dette ønsket jeg fordi det vil være mest hensiktsmessig å intervju de som har jobbet tett på denne problematikken over tid, fordi jeg tror at de vil ha mer nyanserte svar.

3.7 Gjennomføring av intervjuet

Da min rolle i denne institusjonen innebærer personalansvar, forhørte jeg med min leder om hvilke deltakere som kunne være aktuelle i forhold til mine utvelgelseskriterier. Jeg fikk da navn på flere ansatte, hvor jeg ble oppfordret til å ta direkte kontakt med deltakerne. Dette fordi denne undersøkelsen ikke inneholdt klientinformasjon, og var basert på samtykke fra den enkelte miljøterapeut. Ved direkte kontakt med deltakeren spurte jeg først muntlig om de kunne tenke seg å være en del av undersøkelsen, og hvis de var positive til dette ga jeg dem et informasjonsskriv om prosjektet (se vedlegg 1). Denne samlet jeg inn med deltakerens signatur om samtykke til deltakelse. Deltakeren fikk spørsmål om hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet, og alle ønsket å gjøre det på et kontor på arbeidsplassen. Det ble min

oppgave å finne et kontor som ikke medførte forstyrrelser samt ga en positiv atmosfære. Alle intervjuene ble gjennomført innen en to måneders periode, og hvert enkelt intervju varte fra 45 minutter til 1 time og 20 minutter. Gjennom de første spørsmålene i intervjuguiden merket jeg at deltakerne og muligens også jeg, var noe ansente. Men utover i intervjuene ble det en ledig og god stemning, som førte med seg både latter og alvor. Dette tok jeg som tegn på at min rolle ikke preget deltakerne noe nevneverdig. Jeg opplevde at deltakerne svarte oppriktig og uttømmende om egne erfaringer og forforståelser av fenomenene i problemstillingen. Med min forforståelse kunne jeg stille oppfølgingsspørsmål som var relevante, samt at jeg har kjennskap til fagfeltet som kunne eliminere misforståelser. På en annen side kan min forforståelse legge noen føringer på fortolkninger, og det blir derfor ekstra viktig å være bevisst på dette. I et forskningsintervju er teknikk og atferd en sentral del av hvordan forskeren unngår å påvirke data. Vanlige råd om god intervjuatferd i kvalitative forskningsintervju er; å vektlegge ærlighet, ikke imponere med egne kunnskaper, være naturlig, være rolig og støttende, være ikke-truende, være oppmerksom og interessert og ikke diskutere med deltakeren. Dette er enkle råd til hvordan forskeren opparbeider seg tillit fra deltakeren, men de kan ofte oppleves som utfordrende å sette ut i praksis (Ryen, 2002). Med tanke på rådene og min forforståelse var jeg bevisst på å ha et åpent sinn inn i intervjuet, slik at deltakerne kunne beskrive egne følelser og opplevelser i sin helhet innenfor problemstillingens rammer. Intervjueren bør være lyttende og mottakelig for informasjon og kunnskap som kan føre til ny innsikt i de ulike fenomenene.

Under intervjuene brukte jeg en lydopptaker, som fanget opp samtalens språklige og nærspråklige elementer som pauser, nøling og latter (Malterud, 2017). Det som ikke blir registrert er den non-verbale kommunikasjonen, og da er det mulig å ta notater for å beskrive dette. Gjennom å lytte, spole og pause på lydopptakeren ble transkriberinger mer presise, og situatene kunne noteres og brukes i resultatdelen.

3.8 Transkribering

En kvalitativ analyse forutsetter at datamaterialet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte. Gjennom forskningsintervjuet blir det produsert rådata av deltakerne, og dette skal nedtegnes som tekst. Transkribering skal lojalt ivareta det opprinnelige materialet, slik deltakerne formidlet sine erfaringer og meninger under intervjuet (Malterud, 2017). En transkribering innebærer å skrive ned ord for ord av det som har blitt sagt. Dette er en

tidkrevende prosess, men gir mulighet til å gjenoppleve intervjuene (Dalland, 2017). Jeg valgt å nedtegne ord for ord, og ved pauser og nøling satte jeg et tegn. Dette for å få nedtegnet de nærspråklige elementene for videre bruk i analysen. For å ivareta anonymiteten til deltakerne valgte jeg å transkribere alle intervjuene til bokmål.

3.9 Analyse

Selv om kvalitativ metode har en subjektivitet hvor resultatene fremkommer gjennom tekst, så er det store krav til hvordan dette skal analyseres. Det finnes mange analysemetoder og det er avhengig av problemstillingen og hva vi ønsker å undersøke. Målet med en kvalitativ studiet er å utvikle en ny kunnskap, og ikke gjenfortelle gammel innsikt (Malterud, 2017)

Hovedtrekk av analysemetoder er tverrgående eller langsgående analyser. I en langsgående analyse følges det noen enkelte eller få forløp over tid. Mens i en tverrgående analyse samles informasjon fra mange deltakere, med fokus på likhetstrekk og forskjeller i erfaring, følelser og holdninger som igjen skal fortolkes og sammenlignes. En tverrgående analyse krever flere deltakere, men ikke for mange slik at data blir uhåndterlig (Malterud, 2017). I denne studien vil jeg bruke systematisk tekstkondensering (STC) som er modifisert av Malterud (2017) ut ifra Giorgis fenomenologisk analyse. Denne analysen er anbefalt for nybegynnere hvor fordelen er analysens trinnprosess som gjennomføres på en systematisk måte. Da jeg anser meg som en nybegynner valgte jeg å følge denne analysen og dens fire trinn.

1. å få et helhetsinntrykk
2. å identifisere meningsdannede enheter
3. å abstrahere innholdet i de enkelte meningsenhetene
4. å sammenfatte betydningen av dette

3.9.1 Helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer

I denne fasen er hovedvekten det å bli kjent med materialet og skape seg en oversikt over helheten. Malterud (2017) nevner at det er viktigere å skape et bilde av helheten enn de iøynefallende detaljene. Samtidig er det viktig å ikke glemme problemstillingen, den skal under hele prosessen være en aktiv del for å skape et inntrykk av helheten opp mot den. Som en forutsetning i dette trinnet er å være åpen for de inntrykkene som teksten beskriver, for å være i tråd og tett på dataen som er formidlet av deltakerne. Etter å lese alt kan det dannes seg

inntrykk av foreløpige temaer fra de ulike deltakeren. I denne prosessen kan det omhandle alt fra fire til åtte temaer som noteres med midlertidige navn. De er temaene er ikke fastsatte og kan justeres underveis. Det er et godt tegn at de foreløpige temaene ikke likner like mye på de som er utformet i intervjuguiden. Dette gir et inntrykk av at forskeren ikke har tatt med seg en forforståelse, og er årvåken for nye mønstre (Malterud, 2017). Jeg leste gjennom alle transkriberte intervjuer gjentatte ganger for å skape et overblikk over hvilke temaer jeg syntes stakk seg ut. Videre delte jeg inn dataen inn i seks foreløpige temaer; «Forutsetninger», «Praksis», «Erfaring», «Kunnskap», «Følelser/tanker» og «Opplæring».

3.9.2 Meningsbærende enheter – fra tema til koder

I dette trinnet organiserer man materialet som skal studeres nærmere, og legger bort det som ikke skal brukes. Altså skille relevant tekst fra irrelevant tekst med utgangspunkt i problemstillingen. Her trekkes det ut tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra det første trinnet. Teksten bør gjennomgås grundig og systematisk analyseres når den skal eventuelt føres med videre til neste trinn. Når de meningsbærende enhetene er identifisert og markert i teksten skal man begynne å systematisere dem. Dette kalles koding. Koding betyr at hele teksten er sortert for meningsbærende enheter og merket under en kode. De meningsbærende enhetene under en hver enkelt kode, beskriver fenomenet av noenlunde samme klasse. Kodene justeres og utvikles underveis, og kodegruppene skal etter hvert danne grunnlag for beskrivelser av problemstillingen. I denne fasen så er det viktig at kodegruppene er fleksible, slik at man kan ta et skritt frem og to tilbake ved behov. Samtidig bør kodegruppene være robuste nok til at de rommer eller utelukker tekst som omhandler like eller ulike fenomener. Dette gjør at dataen blir sortert tematisk og har en kodestyrte gruppering av de meningsbærende enhetene. Prosessen med koding er et organiseringstrinn og gir ikke et ferdig produkt, men er et ledd i en kjede med påfølgende trinn (Malterud, 2017). Som første ledd i dette trinnet, markerte jeg de meningsbærende enhetene med forskjellig farge. Videre limte jeg de ulike fargekodene sammen under de forskjellige temaene. Deretter justerte jeg kodegruppene etter hvilke meningsbærende enheter som var i tråd med min problemstilling. Dette gjorde jeg flere ganger for å være nær dataen og ha en fleksibel tilnærming til teksten. På dette trinnet sorterte jeg de meningsbærende enhetene inn i fem kodegrupper; «Kunnskap», «Ivaretagelse av ungdom som selvskader», «Ivaretagelse av ungdom med en antatt forhøyet selvmordsfare», «Egne reaksjoner på selvskading», «Egne reaksjoner på en antatt forhøyet selvmordsfare».

3.9.3 Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold

I analysens tredje trinn skal man abstrahere den sorterte informasjonen som er blitt etablert i trinn to av analysen. Med å kondensere innholdet kan man systematisk hente ut mening. Gjennom dette trinnet har den empiriske dataen blitt redusert til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. I dette trinnet skal de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe omskrives til abstrakt mening. Samtidig skal dataene sorteres inn i subgrupper, men ikke for mange for da kan det lett uoversiktlig. Det anbefales at det lages to til tre subgrupper, dette for å skape rom for flere tolkninger og tilnærminger av kodegruppen. Videre vil subgruppene være analyseenheter. Gjennom analyseenheter skal det lages et kunstig sitat for hver subgruppe og fortettes ved å lage et kondensat. I følge Malterud (2017) er dette trinnet essensielt for å kalle analysen for STC. Videre beskriver Malterud (2017) at kondensatene er et artefakt som er forankret i data, og skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene for å omsettes til en generell form. Kondensatene skal være så tekst nære som mulig, og de skrives i jeg-form, dette for å minne på at det er uttrykk som deltakeren har brukt. Hvilke undergrupper vi fester oss ved preges av det faglige perspektiv og ståsted som vi leser materialet vårt ut fra. Det utarbeides kondensater for hver subgruppe med et «gullsitat» som illustrer den fortattede meningen. Kondensatene er et arbeidsverktøy som skal brukes som et grunnlag for resultatpresentasjonen i analysens siste trinn. I denne prosessen valgt jeg å beholde de fem kodegruppene og utarbeidet tre subgrupper under alle kodegruppene;

Kodegruppe 1. Kunnskap: Subgrupper: «Erfaring», «Opplæring», «Bakenforliggende årsaker»

Kodegruppe 2. Ivaretagelse av selvskading: Subgruppe: «Åpenhet», «Trygge/være tett på», «Forståelsesmodell»

Kodegruppe 3. Ivaretagelse av selvmordsfare: Subgruppe: «Åpenhet», «Trygge/være tett på», «Forståelsesmodell»

Kodegruppe 4. Egne reaksjoner på selvskading: Subgruppe: «Irritasjon/sinne», «Avmakt», «Hele følelsesspekteret»

Kodegruppe 5. Egne reaksjoner på selvmordsfare: Subgruppe: «Hjelpsløshet», «Bekymret/redd for å gjøre feil», «Hele følelsesspekteret»

Selv om noen av kategoriene og subgruppene ser ut til å handle om det samme, har det vært et bevisst valg i forhold til å fremheve eventuelle nyanseforskjeller i funnene på de ulike problematikkene.

3.9.4 Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I det fjerde trinnet skal bitene settes sammen igjen, altså rekontekstualisere. Det vil si at det skal at funnen skal gjenfortelle nye beskrivelser og begreper. Her er det viktig å være tro mot hva deltakeren har beskrevet, slik at forskeren ikke fortolker funnene og er lojal mot dataen fra deltakerne. Med å kondensere innholdet kan man systematisk hente ut mening. Gjennom dette trinnet sammenfattes funnene i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser og begreper. Her vil kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe først sammenfattes til en analytisk tekst, med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og med de utvalgte «gullsitatene». Da vil omtalen fra de enkelte subgruppe få sitt eget avsnitt. Det er de analytiske tekstene som representerer de nye beskrivelsene som fremkommer. De analytiske tekstene bør gi tydelig preg av essensen av funnene, og at de er sammenfattet av flere historier. Deretter gis de analytiske tekstene fra hver kodegruppe en ny overskrift som sammenfatter hva den handler om. Et kort og selvstendig uttrykk som sammenfatter de viktigste funnene som skal gi leseren en aha-opplevelse. Som skal representere ny innsikt i det aktuelle fenomenet som gir et sluttresultat (Malterud, 2017). Mine fem nye resultat kategorier er; «*Hvordan forstår personalet ungdommer som selvskader og som kan ha en antatt forhøyet selvmordsfare?*», «*Hvordan ivaretar personalet ungdom som selvskader?*», «*Hvordan ivaretar personalet ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?*», «*Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som selvskader?*», «*Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?*»

Avslutningsvis på dette trinnet vil det bli viktig å validere egne funn ved å gå tilbake til rådataen, for å bli minnet på hva som egentlig ble formidlet. Malterud (2017) mener at det vil være verdifullt å gå tilbake for å systematisk forsøke å lete etter data som motsier de funnene som er blitt gjort. Videre bør funnene vurderes opp mot empiri og teori, da med tanke på å gjøre nye litteratursøk og se om det er lignende beskrivelser som er presentert av andre. Det

kan være nødvendig å gjøre analysen på nytt hvis relevansen er svak, for å bidra med nye dimensjoner (Malterud, 2017).

3.10 Forskningsetiske hensyn

Etikk omhandler ifølge Dalland (2017) normene for riktig og god livsførsel. Det vil si hvis vi er stilt ovenfor dilemmaer skal etikken veilede og gi grunnlag for de ulike vurderingene før vi handler. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet, og sikre at deltakerne ikke blir påført unødvendige belastninger i forhold til deltakelse i studien. Selv om forskerens mål er å opparbeide seg ny kunnskap, skal ikke målet skje på bekostning av deltakernes integritet og velferd. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har sammenfattet tre forskningsetiske retningslinjer; deltakerens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere deltakerens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade. Gjennom de tre hensynene må deltakerne samtykke til delta på studien, rett til å trekke seg fra studien og deltakerne har krav til å få vite hva slags informasjon som blir tilgjengelig om dem selv (Johannessen et al., 2010).

3.11 Informert samtykke til å delta i studien

Det stilles krav av personopplysningsloven til samtykke. Samtykke skal være frivillig, og bli godt informert om at deltakeren har samtykket til å godta behandling av opplysninger om dem selv. Deltakerne har fått et informasjonsskriv om studien, og hva de samtykker til (vedlegg 1). Alle deltakerne har skrevet under, og blitt opplyst om at de kan til enhver tid trekke samtykke med umiddelbar virkning. Deltakerne har også blitt informert om bruk av lydopptaker, at det er kun jeg som skal behandle dataen og de vil bli slettet etter studiens slutt.

3.12 Godkjenning av studiet

Jeg sendte søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Selv om studiet mitt ikke behandler sensitive personopplysninger, valgte jeg likevel å melde inn studiet for å få en tilbakemelding. Deltakerens personopplysninger blir anonymisert, arbeidsstedet er anonymisert, sletting av data på lydopptakeren oppfylles ved studiets slutt. NSD vurderte prosjektet som samtykkebasert, lave personvernulempet og de personopplysningene som ble samlet inn ble ikke ansett som sensitive (se vedlegg 3).

3.13 Kvalitet i kvalitativ forskning

I kvalitativ forskning benyttes tre kriterier; reliabilitet, validitet og overførbarhet, som indikatorer for kvalitet. Det er forventet at kvalitative forskere bringer frem et nytt perspektiv gjennom de studiene de gjennomfører, og at resultatene er funn fra forskningen og ikke forskerens subjektive holdninger (Johannessen et al., 2010). Det er viktig at forskeren legger vekt på å beskrive beslutningene sine gjennom hele prosessen, slik at leseren kan følge og vurdere disse. En stor del av prosessen er at forskeren er selvkritisk til sin egen forskning, kommenterer etiske utfordringer, beskrive avvik, skjevheter og andre tilnærminger som kan påvirke studien. Denne prosessen bør være gjennomiktig og forutsigbar for leseren.

3.14 Reliabilitet (pålitelighet)

Reliabilitet knyttes opp mot en kritisk vurdering av studien, og om det gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013). Begrepet reliabilitet brukes i sammenheng med studiens datamateriale, hvilke data skal brukes, hvordan samles de inn og hvordan bearbeides dem (Tjora, 2017). Argumentasjonen for reliabilitet innebærer om hvordan forskeren reflekterer over konteksten for datainnsamling, og hvordan relasjonen til deltakerne i prosjektet kan påvirkes av den informasjonen forskeren får. Det vil si om relasjonen til deltakeren har vært preget av åpenhet, eller om forskeren har mottatt overfladisk informasjon (Thagaard, 2013). Da kvalitativ forskning ikke benytter seg av datainnsamlingsteknikker, er det samtalen mellom deltaker og forsker som styrer datainnsamlingen. I kvantitativ forskning vil reliabilitet bety at en annen forsker kan replisere tilnærmet identiske data, som vil sikre påliteligheten i en vitenskapelig studie. Dette lar seg ikke gjøre i en kvalitativ forskning i samme grad, fordi observasjonene er verdiladete og kontekstavhengig. I en kvalitativ forskning må forskeren styrke påliteligheten ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten, og vise til en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten for hele forskningsprosessen (Johannessen et al., 2010).

3.15 Validitet (gyldighet)

Begrepet validitet handler om dataene er relevante for problemstillingen, det vil si om det er sammenheng mellom fenomenet som undersøkes og de dataene som er samlet inn. Validitet dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn reflekterer formålet med

studien, samtidig som dataene representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010). Forskeren skal validere hvilke funn som er gjort i studien, og overveie hvilken overførbarhet funnen har utover den sammenhengen studien er gjennomført i. Ved å stille spørsmål om gyldighet kan vi forebygge feil i forskningsprosessen, og vurdere om undersøkelsesinstrumentet er rettet i riktig retning i forhold til problemstillingen. I kvalitativ forskning tas det utgangspunkt i at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten, og målet er ikke å finne sannheten. Det som er viktig i en forskningsprosess er å vise til en overveielse av rekkevidden av gyldighet, og gi begrunnelse på hvorfor noen resultater har sterkere validitet enn andre i forhold til problemstillingen (Malterud, 2017).

3.16 Overførbarhet

Et særtrekk i kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av de fenomenene som studeres, hvor fortolkningen gir et grunnlag for overførbarheten. En undersøkelses overførbarhet handler om hvorvidt forskeren kan etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer til å være nyttige på andre områder enn den som studeres (Johannessen et al., 2010). Det er det generelle aspektet ved sosial praksis som gir grunnlag for konklusjoner om overførbarhet. Overførbarhet kan betegnes som rekontekstualisering, når den teoretiske forståelsen er knyttet opp mot et enkelt prosjekt, og den settes inn i en videre sammenheng. Dette gjør at en enkelt undersøkelse kan bidra til en generell teoretisk forståelse hvor sosiale fenomener og ikke enkeltstående situasjoner er i fokus (Thagaard, 2013). Det er viktig at den tolkningen som utvikles på grunnlag av en undersøkelse blir utprøvd og videreutviklet i nye undersøkelser. I kvalitative studier beskrives overføringer av kunnskap i istedenfor generalisering, da det assosieres med kvantitativ forskning.

3.17 Metodekritikk

Gjennom flere år har det hersket delte meninger hvorvidt kvantitativ eller kvalitativ metode er best egnet med tanke på den vitenskapelige kvaliteten. Kritikken hevder at leseren av en studie er prisgitt forskerens forforståelse. Videre rettes det kritikk mot valideringen i de kvalitative studiene, at det brukes kun få talende eksempler i resultatdelen og dermed får ikke leseren ta del i de avviste eller mindre opplagte data (Ryen, 2002). En annen kritikk er rettet mot reliabiliteten og om den blir irrelevant, da det ikke er hensiktsmessig å bruke det begrepet fordi det ikke brukes en strukturert datainnsamlingsteknikk. Dermed blir det vanskelig å

kopiere en annen kvalitativ forskning, fordi observasjonene og samtalene er kontekstbetinget (Johannessen et al., 2010). Kvalitativ metode har både styrker og svakheter ved seg. En svakhet kan være at metoden er prisgitt forskeren, og at funnene i studien kan misforståes eller bli påvirket av forutinntatthet som kan lede funnene i en gitt retning av forskeren. I denne oppgaven skal jeg undersøke et fenomen som ikke har blitt forsket på tidligere med denne yrkesgruppen. I de tilfellene med et lite sammenligningsgrunnlag, brukes kvalitativ forskning som metode. Dette fordi jeg ønsker å utforske i dybden av et fenomen, hvor jeg ønsker å belyse personlige erfaringer og opplevelser. Denne oppgaven vil ikke kunne gi et sammenligningsgrunnlag fra det generelle til det allmenne, men gi en forståelse av et fenomen for å utvikle nye begreper, nye beskrivelser eller nye teoretiske modeller. Viser det seg en nysgjerrighet på å utforske fenomenet i en større skala og med mangfoldet, kan det da bli aktuelt å bruke kvantitativ metode. En viktig del av denne studien vil være å synliggjøre og gi en detaljert fremstilling av hele forskningsprosessen, slik at det blir gjennomiktig og oversiktlig for leseren.

4 Presentasjon av funn

4.1 Hvordan forstår personalet ungdommer som selvskader og som kan ha en antatt forhøyet selvmordsfare?

I analysen utpekte det seg tre undertemaer om hvordan deltakerne beskrev hvordan de skulle forstå de ulike ungdommene, og deres uttrykk. Det kom tydelig frem gjennom intervjuene at deltakerne var genuint interessert i hvordan de kunne forbedre miljøterapien, i forhold til ungdommer som selvskader og har en selvmordsatferd. Deltakerne hadde til dels ulike forståelsesrammer, men alle uttalte at de ønsket å møte de ulike ungdommene på best mulig måte. De temaene som utpekte seg var erfaring, opplæring og bakenforliggende årsaker til problematikken.

4.1.1 Erfaring

Flere av deltakerne fortalte at de hadde lang erfaring med å jobbe tett på denne problematikken. En av deltakerne nevnte at den tryggheten de hadde opparbeidet seg, hadde gitt dem en større kunnskap til å forstå ungdommenes følelser, og kunne bidra til å møte ungdommer på en mer empatisk måte. Videre fortalte flere at de hadde ikke behov for å anskaffe seg flere verktøy til å avdekke problematikken, men gjennom erfaring hadde større kunnskap om hva som kunne trigge og hva som kunne «brolegge» for de enkelte ungdommene.

«Min erfaring er at det er lettere å vite hva du skal observere, hvilke tegn du skal legge merke til i hvilke situasjoner, hvis man har erfart dette flere ganger. Erfaringen gjør at det er lettere å gjenkjenne og forstå hva man skal se etter. Det viktigste er at jeg som voksen kan sette meg inn i andre menneskers følelser, og møte de på en empatisk måte».

To av deltakerne mente at det å stole på «magefølelsen» var en stor del av arbeidet. De mente at dette bidro til at «magefølelsen» ga dem et signal på hva de kunne være nysgjerrig og ærlig om i en åpen dialog med ungdommer.

«Det jobbe med den magefølelsen og til å faktisk bli såpass ærlige på at «her er det noe jeg undrer meg over, at det er noe som ikke stemmer». Kunsten er å ta dette opp med

kollegaen din, slik at dere kan dele erfaringer og observasjoner som kan hjelpe ungdommen».

Det var en deltaker som fortalte at denne erfaringsbaserte kunnskapen bidro til å gjenkjenne og forstå hvilke tegn de skulle se etter i de ulike situasjonene. I flere av intervjuene ble det vektlagt at det ofte kunne være personavhengig, situasjonsbetinget og erfaringsbasert hvordan de jobbet med problematikken på avdelingen. Derfor var det viktig å dele erfaringer med kollegaer for å bidra til et helhetlig arbeid rundt den enkelte ungdom. En av deltakerne nevnte at personalet på institusjonen hadde stor kunnskap og erfaring å jobbe med ungdommer i krise, og kom derfor raskt i «posisjon» til å undre seg over merker de hadde på kroppen, enten de var selvpåført eller påført av andre.

4.1.2 Opplæring

Det var flere av deltakerne som påpekte at de ungdommene som hadde vært plassert på institusjonen de siste årene hadde en økning i psykiske symptomer. De var bekymret for at nesten alle var i risikozonen for selvskading og hadde en forhøyet selvmordsfare.

«De siste årene har de ungdommene som har vært plassert her, hatt flere psykiske symptomer. Det gjør meg bekymret at de kan være mer suicidale enn før, og at de har oftere uberegnelige måter å uttrykke seg på. Derfor tenker jeg at det er viktig å ha det oftere på agendaen».

En av deltakerne beskrev at ungdommene hadde omfattende problematikk, og kunne ha uforutsigbare uttrykk. Alle deltakere etterspurte et ønske om mer opplæring og et større fokus på selvskading og suicidalitet. På spørsmål om denne problematikken ble undervist på høyskolen svarte alle nei på dette. Det var en deltaker som hadde fått et tilbud om opplæring i Vivat, men måtte selv betale for kurset. Det var to stykker som nevnte at de hadde så vidt vært innom temaet, men ikke på langt nær fått en grundig introduksjon. Alle deltakerne fortalte at de ønsket et større fokus på selvskading og suicidalitet for å løfte opp en bevisstgjøring som kunne gi en tilnærmet lik forståelse, samtidig at de kunne tilegne seg mer kunnskap.

«Derfor burde det være mer opplæring gjennom fagdager på akkurat de temaene inne på institusjonen for å bevisstgjøre personalet. Slik at vi kan tilnærme oss en felles forståelse på hvordan de ungdommene skal bli møtt. Jeg tenker ikke at det skal være likt, for vi er jo forskjellig vi som jobber her, men at det ikke er personavhengig».

Det ble også nevnt av nesten alle deltakerne at de ønsket å få en arena hvor de kunne snakke med ungdommene om dette uten å bryte taushetsplikten ovenfor andre ungdommer. Her var det et ønske om veiledning på hvordan det var mest hensiktsmessig å møte og trygge de andre ungdommene som bodde på samme avdeling med en som selvskadet eller var suicidal. Flere av deltakeren sa at de følte seg mer kompetente og hadde større erfaring med de ungdommene som selvskadet enn de som var suicidale. Deltakerne følte de var usikre, og uttrykte et behov for veiledning og en kompetanseheving. Samtidig ønsket de seg et mulighetsrom hvor de kunne dele og bytte erfaringer med hverandre. Det var to deltakere som fremhevet at de hadde en forutinntatthet om hvilken målgruppe som selvskadet, og hva som var bakenforliggende årsaker for dette uttrykket. De uttrykte at de utelot en gruppe bestående av gutter som hadde et annet type mønster og uttrykk. Deltakerne var tydelig på at de ønsket mere kunnskap om denne gruppen.

4.1.3 Bakenforliggende årsaker til problematikken

Alle deltakerne hadde flere årsaksforklaringer til problematikken. De fleste av intervjuobjektene fortalte at det var alvorligere problematikk som lå til grunn for selvmord enn selvskading. En mente at dette var ungdommer som hadde opplevd traumatiserende hendelser i barndommen. Spesielt overgrep fra sine foreldre, eller andre i nære relasjoner. Det ble beskrevet at disse ungdommene opplevde triggere som ga dem «tilbakeblikk» på de traumatiserende opplevelsene. Derfor hadde de lyst til å bli borte, og eneste måte de har funnet var å prøve å ta sitt eget liv.

«Det er ungdommer som har opplevd veldig forferdelige ting i barndommen. Spesielt overgrep fra sine foreldre, eller andre i nære relasjoner. De ungdommen opplever triggere som gir dem tilbakeblikk på de traumatiserende opplevelsene. Jeg tenker at de ungdommene har bare lyst til å bli borte, og eneste måte de har funnet er å prøve å ta sitt eget liv»

En annen deltaker hadde erfaring med en ungdom som hadde uttalt «...jeg klarer ikke, jeg vet ikke om jeg klarer å leve med dette resten av livet, jeg må om og om igjen oppleve det samme, jeg er lei av det.....».

En deltaker beskrev at den bakenforliggende årsaken kunne være tilknytnings- og reguleringsvansker, hvor ungdom ikke hadde lært av sine foreldre «å regulere, få

anerkjennelse og derfor ikke mestret reparasjon av egne følelser». Dette kunne da føre til at de ungdommene ble så desperate etter omsorg og anerkjennelse fra voksne, og ikke visste om andre måter å få oppmerksomhet på.

«Jeg tenker at de mangler tilknytning. De ungdommene lærte ikke av sine foreldre hvordan å regulere seg selv, før de var 4-5 år. Jeg tror vel på at det er en del støtte på det når barn er lei seg, og at den følelsen må anerkjennes, repareres og reguleres. Dette er en prosess som skjer i ganske tidlig alder. Så hvis du ikke får den reguleringen i tidlig alder, kan det være mye vanskeligere å lære seg dette når du er eldre. Så tror jeg de har blitt så desperate etter å få riktig hjelp, at de voksne skal bry seg, at noen skal snakke med dem, at noen skal se de, at de ikke vet hvilken måte de skal få oppmerksomheten på».

Flere av deltakerne mente at ungdommene som selvskadet eller var suicidale manglet redskaper for å beskrive følelser, og derfor internaliserte sin indre smerte og opplevde den konkretisert kroppslig. En annen deltaker nevnte at det kunne være mange former for omsorgssvikt som var årsakene til denne problematikken. Det kunne være alt fra neglisjering, foreldre som ikke hadde tid, psykisk syke omsorgspersoner eller foreldre med rusproblematikk. Samtidig var denne deltakeren åpen for at selvskading kunne være et symptom på prestasjonssamfunnet og «snill-pike» syndromet, det var ikke nødvendig at det bunnet i omsorgssvikt.

«Jeg tror at de som selvskader seg er barn som har vært utsatt for en eller annen form for omsorgssvikt fra de har vært små. Det kan være ufattelig mye, alt fra neglisjering, foreldre som ikke har tid, foreldrene har et rusproblem eller psykiske problemer selv. Det trenger ikke alltid å være så omfattende omsorgssvikt, det kan også være at ungdommer opplever vanskeligheter i prestasjonssamfunnet, og mange jenter lider av «snill pike syndrom» på skolen».

En av deltakerne fortalte at de ungdommene som selvskadet hadde en forhøyet risiko for selvmord. De var allerede beredt på å skade seg selv, og da var ikke veien lang til at de kunne ha tanker om selvmord. Denne deltakeren mente også at det kunne være at en som selvskadet ikke hadde kontroll over hvor dypt de kuttet, og ved uhell i realiteten gjorde et selvmordsforsøk.

4.2 Hvordan ivaretar personalet ungdom som selvskader?

Deltakerne hadde ulike innfallsvinkler og oppfatninger om hvordan de kunne ivareta ungdom som selvskadet på best mulig måte. Gjennom hvordan personalet oppfatter og tilnærmer seg ungdom som sliter med denne problematikken, kan gjerne grunnholdningene komme til uttrykk. De undertemaene som viste seg tydeligst var: åpenhet, trygge/være tett på og forståelsesmodell.

4.2.1 Åpenhet

De deltakerne som var med i undersøkelsen hadde en lik oppfatning om at åpenhet var et nøkkelbegrep i relasjoner med ungdommer som selvskadet. Alle brakte teamet opp og vektla åpenhet som en avgjørende faktor i miljøterapien. En av deltakerne fortalte at det var de voksnes ansvar å snakke åpent om temaet, for å ufarliggjøre tematikken slik at det ikke ble tabubelagt. Ved å være åpen var det noen kriterier som lå til grunn, og det var at de voksne ville tåle svarene, være nysgjerrige og være undrende til det ungdommene fortalte. Videre ble det vektlagt å ha samtaler med ungdommer uten å bli konfronterende, men være en voksenperson som kan motta og trygge.

«Det er vi som ofte gjør temaene farlige og tabubelagte, og da må vi være i stand til å prate om det vi synes er vanskelig»

En erfaren miljøterapeut fortalte om egen erfaring i forhold til å bruke forhåndskunnskapen i en første samtale. Denne deltakeren fortalte at det ble en naturlig del av samtalen når plasseringsvedtaket beskrev problematikken. Det å bruke forhåndsinformasjonen aktivt og være undrende på hvordan de voksne kunne hjelpe og trygge ungdommene. En annen deltaker vektla viktigheten av at de voksne snakker høyt om hva de er bekymret for, for å samle personalgruppen om et samarbeidsprosjekt rundt ungdommen.

«.....her står det mistanke, hvordan kan jeg kunne på en måte gjenkjenne og se det på deg?» hvorfor tenker du at dette er den eneste løsningen og spørre om det er noen andre redskaper, er det noe annet du tenker kan være lurt neste gang du har så vondt da. Kan du komme til meg neste gang du føler sånn i istedenfor. Være trygg på at det var ikke farlig å spørre om det. Det var litt ubehagelig den første gangen, men etter hvert så ble det på

en måte en trygghet på at hvis jeg spør så får jeg svar. Det viktigste er at man måtte jobbe litt med seg selv først, sånn at du vet at du klarer å ivareta de svarene du får....»

4.2.2 Trygge/være tett på

Flere av deltakerne beskrev at de som miljøterapeuter var tettest på ungdommene, og derfor hadde mange observasjoner på de ulike reaksjonsmønstrene. Dette kunne føre til at personalet kunne bruke det «miljøterapeutiske øyeblikket» i samspill med ungdommene. De «øyeblikkene» i etterkant av en selvskadingsepisode var viktig å bruke aktivt, både til å tørke opp blod, sjekke om de har behov for å sy og være tilgjengelig for samtale. Det ble i de situasjonene viktig å trygge og være tett på for å gi omsorg uten å være kontrollerende og konfronterende.

«Miljøterapeutene er de som er tett på ungdommene, som observerer reaksjonsmønstrene til de ulike barna. Det er de som tolker hva selvskadingen er et uttrykk for, og bruker det miljøterapeutiske øyeblikket i samspill med ungdommene».

En av deltakerne fortalte at det var situasjoner hvor de ikke stanset selvskadingen, hvor de vurderte at det ville øke frekvensen og eskalere situasjonen ytterligere. Etter de episodene var det å være tett på og tilgjengelig for samtaler en måte å dempe stresset og samtidig være undrende til hva det var et uttrykk for. En annen deltaker uttalte at det var viktig i et forebyggingsperspektiv å ikke glemme andre barn; «det kunne være en fare for massesuggesjon blant de voksne», hvor alle vil hjelpe den ene mens noen av de andre barna ikke fikk noen oppmerksomhet. En nevnte at det var spesielt viktig med utfyllende overlappinger mellom dag, kveld og natt personalet for å beskrive stemningsleiet til ungdommene for å avgjøre om hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig. Dette med tanke på hvordan neste vaktlag skal komme i posisjon og opprette en dialog på den mest mulig ivaretagende måte. Deltakeren mente med dette å si noe om at;

«...vi vet at når ungdom har det veldig vanskelig så er det mange som tenker på forskjellige løsninger, noen slår, noen biter, noen skader seg selv. Hvordan håndterer du ting når det blir vanskelig?»

Slik at ikke selvskadingen er hovedtemaet, men hvordan de reagerer på indresmerte. Dette for å trygge, og kunne bidra til å gi håp på sin egen livssituasjon. Flere deltakere nevnte at det var ønskelig med flere voksne tilgjengelig når ungdommene hadde behov for kontakt. De ungdommene med denne problematikken hadde ofte ikke ferdigheter med å utsette egne

behov, og i hvert fall ikke når de opplevde at andre ungdommer hadde større og viktigere behov enn dem selv.

«Hvordan håndterer du ting når det blir vanskelig? Slik at det ikke er selvskadingen som er tema, men det blir på hvordan du reagerer når du har det vondt inni deg? Det er å trygge ungdom og prøve å tenke gjennom livssituasjonen og være med å gi noe håp videre».

4.2.3 Forståelsesmodell

Alle deltakerne la vekt på at selvskading ble betraktet som et smerteuttrykk for en bakenforliggende årsak.

«Jeg tror det viktigste vi har lært de siste årene er at barn som selvskader så skal du se selvskadingen som 10 prosent som smerteuttrykket, mens 90 prosent er den bakenforliggende årsaken».

Ungdommene hadde ofte blitt møtt med lite forståelse fra foreldre for sine smerteuttrykk, som kunne resultere i at de selvskadet seg i det skjulte. Miljøterapeutene ønsket å uttrykke en forståelse til ungdommene med en mild fremtoning *«jeg skjønner at det her er vanskelig»*, eller *«dette har du gjort fordi du har det vondt og vanskelig»*. De la vekt på å ha en åpen og litt undrende tone, og spørre om hvordan de kunne hjelpe. Mange deltakere fortalte at smitteeffekten kunne være høy da de lærte av andre med tilnærmet samme problematikk og livssituasjon, hvor de kunne fremskaffe oppmerksomhet og anskaffe seg et nytt verktøy til å uttrykke sine smerter på. Det kan være ulike årsaker til smitteeffekten, som blant annet oppmerksomhet, sjalusi, konkurranse, identifisering og romantisering. Deltakerne la vekt på viktigheten av at de voksne gir forståelse som igjen kan bidra til trygghet og åpenhet.

«Jeg har erfaring med ungdommer som kan ha en form for konkurranse om hvem som selvskader mest. Men det handler ikke om selvskadingen, det handler om oppmerksomheten de får i etterkant, når de blir lappet sammen».

4.3 Hvordan ivaretar personalet ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?

Flere av deltakerne beskrev at de syntes det var vanskeligere å jobbe med ungdom som hadde en antatt forhøyet selvmordsfare enn med selvskading. Samtidig utpekte det seg de samme undertemaene i denne resultatkategori som med den foregående. Deltakerne kunne uttrykke en større usikkerhet knyttet til suicidalitet, men at de bestrebet å ivareta alle ungdommene på en god måte uavhengig problematikk. De undertemaene som utpekte seg var: åpenhet, trygge/være tett på og forståelsesmodell.

4.3.1 Åpenhet

Alle deltakerne var enige om at det å ha åpen dialog om selvmord var veldig viktig. Det var forskjellige tanker om hvordan deltakeren opplevde å ha samtaler om selvmord med ungdom. Noen synes det var utfordrende å ha de dialogene, mens andre betraktet det som en selvfølge. En deltaker sammenlignet samtaler om selvmord med samtaler om selvskading, men at det var tøffere å ha de samtaler. En annen mente at en forutsetning for de samtaler, var en opparbeidet relasjon som gjorde det trygt å snakke om selvmord med de enkelte ungdommene. Deltakerens erfaring var at ungdom uttrykte at det var godt å snakke om hvordan de hadde det, hvor de hadde mulighet til å uttale at de ikke hadde lyst til å leve mer.

«Min erfaring er at ungdom viser at det er godt å snakke om hvordan de har det, og de tør å si at de ikke har lyst til å leve. Når det får «gro» inni den enkelte, vil faktoren og sjansene øke. Derfor tror jeg det er viktig å skape et rom hvor det er trygt å snakke om de følelsene uten å svare med kontroll».

Hvis selvmordsnære ungdommer uttalte sine planer, mente deltakeren at det kunne bryte et mønster. Dette vil kunne bidra til at tanker om selvmord ikke ble kapslet inn i individet, som kunne bidra til å senke risikoen for selvmordsatferd. En annen deltaker la vekt på at det var bra med en åpen dialog, men at det var viktig å trå varsomt frem da ikke alle ungdommer hadde en forhøyet risiko for selvmord. En deltaker mente at frykten for å snakke åpent om temaet handlet om at de voksne var redde for å snakke om døden med barn. Det kunne oppleves som et unaturlig tema, men at det var noe de voksne måtte forholde seg til. Samtidig var det viktig at det ble forklart hva et selvmord var, og hjelpe barn til å forstå at det ikke var et tv-spill hvor man fikk flere liv. Hvis de tok sitt eget liv, vil det være den endelige slutten.

«Det handler om at voksne er innmari redde for å snakke om døden med barn. Så jeg tror at allerede der må man begynne å tenke på å snakke om døden på en normal måte, at det er normalt å forholde seg til. Det er viktig å hjelpe barn til å forstå at det ikke er et tv-spill. Hvor du tar livet ditt og du får et nytt liv, det er på en måte en endelig slutt. Så tror jeg at man må være såpass ærlig på hva et selvmord faktisk er».

Flere fortalte at det var nyttig å snakke om følelsene rundt selvmord med ungdommene, for å tilby noen redskaper til å håndtere de tankene. Det å bruke miljøterapien på en aktiv måte, og ikke gå inn i en psykiatri-behandlingsrolle.

4.3.2 Trygge/være tett på

Flere av deltakerne fortalte at de var tettere på, og vurderte oftere sinnsstemningen til ungdom som hadde en forhøyet selvmordsfare. De ønsket å være i forkant hvis det var vanskelige møter med saksbehandlere, telefoner fra foreldre eller andre årsaker som kunne trigge og oppleves tungt. Miljøterapeutene ønsket å hjelpe ungdommene med å dempe stress, trygge, støtte og ivareta dem i en akutfase. En deltaker fortalte om erfaring fra en ungdom som hadde ringt inn på avdelingen for å si at hun skulle ta sitt eget liv. Dette hadde blitt opplevd som et forsøk på å få oppmerksomhet og trygghet fra en voksenperson som brydde seg, og ikke et reelt selvmordsønske. Videre fortalte deltakeren at de ungdommene var i behov av miljøterapi, hvor de ville bli sett og hørt, og ikke en akuttinnleggelse i psykiatrien.

«Det har skjedd at ungdom har ringt til institusjonen for å si til personalet at de tar livet sitt. Dette har vært opplevelser av at det ikke er en akutt fare, men at det er et rop om hjelp. Jeg oppfatter at dette er ungdommer som trenger trygge voksne som bryr seg, og ikke nødvendigvis en innleggelse»

Flere fortalte om opplevelser med kronisk suicidale ungdommer. Dette var et gjentakende tema, hvor det rådet en usikkerhet om hvordan de skulle møte de ungdommene på best mulig måte. En av deltakerne beskrev at de ønsket å fokusere på å hjelpe ungdom til å oppleve mestring, og bidra til at de kan glede seg over det som skal skje fremover. Samtidig ville de observere endringer i atferden som kunne oppleves å bevege seg fra kronisk til akutt, slik at de kunne koble på hjelpeapparatet hvis det var et behov. Fokuset hadde vært på å trygge og

støtte uten å gå inn i problematikken på en måte som kunne bidra til at de fikk en behandlerrolle.

«Jeg har fokusert på å hjelpe dem til å oppleve mening med livet, oppleve at det er hyggelige ting som kan skje fremover. Vi har jobbet med problematikken uten å gå inn for å snakke om hvor lyst du har til å dø i dag? Fokuset har vært på å trygge og støtte, og ikke gått inn i en behandler rolle. Vi har hatt fokus på å dempe stress og ivareta ungdom i en akutfase».

4.3.3 Forståelsesmodell

Deltakerne fortalte om en forståelse og respekt for hva selvmord kan være uttrykk for. Det var viktig å vise ungdommene den forståelsen uten å svare med kontroll. To av deltakerne fortalte at den første tanken hadde vært et ønske om å sikre ønsket omgivelsene for farlige gjenstander, men ved nærmere ettertanke hadde de moderert seg og fokusert på ivaretagelse. En deltaker fortalte at det hadde vært ungdom boende på institusjonen som hadde prøvd å ta livet sitt, men forsøkene hadde ikke blitt opplevd som alvorlige. Det hadde blitt opplevd som et rop om hjelp og oppmerksomhet. Flere av deltakerne tok opp diagnosen kronisk suicidal, hvor de fortalte om en usikkerhet. Deltakerne fortalte at det hadde vært flere i personalgruppen som hadde reagert på at ungdommer hadde fått en diagnose som indikerer en kronisk tilstand, og hadde undret seg på hvordan dette kunne skille seg fra en akutt tilstand når det gjaldt en så alvorlig atferd.

«Det har vært flere ungdommer på institusjonen som har hatt diagnosen kronisk suicidal. Denne diagnosen har skapt mye usikkerhet i personalgruppen. Det er flere som har reagert på at de lider av en kronisk tilstand, men den er ikke akutt og hvordan skal vi håndtere den?»

Videre fortalte deltakerne at dette kunne være ungdommer som benyttet seg av den usikkerheten, som kunne bidra til splitting av personalgruppen. Videre la de vekt på at dette var ungdommer som hadde et stort behov for oppmerksomhet og omsorg. En annen deltaker fortalt om en redsel med å jobbe med de ungdommene, fordi de hadde lav impuls kontroll og kunne gjøre ting de egentlig ikke har lyst til.

«Vi har hatt flere ungdommer boende på institusjonen som har hatt prøvd å ta selvmord, hvor forsøkene ikke har blitt opplevd som alvorlige. Dette opplever jeg har vært et uttrykk på hjelp og en indre smerte».

4.4 Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som selvskader?

Deltakerne beskriver i intervjuene mange forskjellige egne emosjonelle reaksjoner i arbeidet med ungdom som selvskader. Det er noen undertemaer som utpeker seg: irritasjon/sinne, avmakt og hele følelsesspekteret.

4.4.1 Irritasjon/sinne

Flere av deltakerne var åpne om at de ved flere anledninger hadde blitt irritert på noen av ungdommene som selvskadet. I de tilfellene kom irritasjonen da ungdom «truet» å selvskade hvis de ikke fikk nok oppmerksomhet, eller nok aktiviteter og egentid med personalet. En deltaker fortalte om sin irritasjon på ungdom som «truet» med å selvskade hver dag, og at dette kunne lede til ignorering fra den voksne på lengre sikt. Trusler om selvskading førte til at deltakeren ikke tok inn over seg problematikken, og følte aggresjon mot ungdommen istedenfor. Videre ble det fortalt at deltakeren måtte fortløpende minne seg selv på at det var et smerteuttrykk, for da å kunne yte omsorg og empati. Deltakeren var ærlig på at dette var en uheldig egenskap, og at dette var en utfordring da tålmodigheten i noen tilfeller ikke strakk helt til.

«Noen ganger blir jeg «herregud da, kan dere ikke bare ta dere sammen». Det er noen av de ungdommene som har vært her hvor jeg har opplevd at jeg vet de har det vondt, men at det er ett eller annet med måten de legger frem selvskadingen som gjør at jeg ikke har noen empati for dem».

4.4.2 Avmakt

En av deltakerne var bevisst på å arbeide aktivt med avmaktsfølelsen. Deltakeren beskrev at han brukte avmaktsfølelsen som ungdommene projiserte, til en indikator til å kunne gi uttrykk og opplevelser på ungdommens stress og urolighet. Deltakeren beskrev en bekymring rundt hva den enkelte ungdom kunne utsette seg for, og for at den bekymringen ikke overtok alle

følelsene, var det viktig å være bevisst på de ulike forsvarsmekanismene som kunne bli aktivert. Dette var en metode deltakeren hadde god erfaring med i arbeidet, men den legger til grunn at personalet må være følelsesmessig tilstede i øyeblikkene. En annen deltaker beskrev avmaktsfølelsen gjennom en historie deltakeren hadde opplevd på legevakten. Deltakeren hadde forståelse for at helsepersonell kunne bli lei av denne problematikken, når de opplevde dette hver dag. Samme deltaker hadde oppfattet at noen av sykepleierne som hadde sydd den samme ungdommen mange ganger på kort tid, hadde gitt uttrykk for en frustrasjon i form av «spyr bare jeg ser dem», «faen er du her igjen?», «skal jeg bruke tid på deg igjen?».

Deltakeren hadde en forståelse hvorfor de sykepleierne reagerte slik, og beskrev at det fort kunne skje. Videre la deltakeren vekt på at dette var en forsvarsmekanisme som var viktig å være bevisst på.

«Jeg blir ikke sinna, men blir litt oppgitt. Det er jo ikke så bra men det viktigste er å være bevisst på de reaksjonene man får. For hvis man er bevisst på hvilke reaksjoner man får så kan man møte dem bedre måte, eller potensielt si fra at noen andre må håndtere dem fordi jeg kan ikke møte den ungdommen på en god måte».

4.4.3 Hele følelsesspekteret

Et gjennomgående tema for alle deltakerne, var at selvskading satte i gang hele følelsesspekteret. En deltaker fortalte at det aktiverte en prosess med følelser; alt fra omsorg, redsel, forståelse, tristhet, oppgitthet og til vemmelse for alt blodet. En deltaker beskrev at de ungdommene som selvskadet seg åpenlyst og skrøt av årene sine aktiverte en oppgitthet, mens de som selvskadet i det skjulte kunne gi et mere troverdig uttrykk og aktiverte en redsel kombinert med omsorg. En deltaker kunne kjenne en følelse av bekymring, og da med tanke på kollegaene sine og hva de kunne bli utsatt for. Det var en deltaker som fortalte at det å jobbe med selvskading ga en viss glede. Deltakeren la vekt på at det var en gave å vise at det fantes voksne som brydde seg og var trygge. En annen deltaker fortalte at det å jobbe med denne selvskading ga en tristhetsfølelse. Selv om det kunne være fine stunder sammen med ungdommene, så hadde de fortsatt de samme tankene etter endt vakt, og det var trist å tenke på.

«Det er kan være mye, alt fra omsorg, redsel, forståelse, tristhet og til nesten vemmelse. Jeg kan føle sinne samtidig som man blir lei seg. Jeg tror hele følelsesspekteret melder seg på».

4.5 Hvilke egne emosjonelle reaksjoner beskriver miljøterapeutene om ungdom som har en antatt forhøyet selvmordsfare?

Deltakeren beskrev forskjellige og mange typer emosjonelle reaksjoner de hadde opplevd i arbeidet med ungdom som hadde en antatt forhøyet selvmordsfare. Denne problematikken kunne virke som iverksatte en bredde av følelser. De mest fremtredende var: hjelpeløshet, bekymret/redd for å gjøre feil og hele følelsesspekteret.

4.5.1 Hjelpeløshet

En antatt forhøyet selvmordsfare aktiverte de fleste deltakernes hjelpeløshet på en annen måte enn selvskading. Deltakerne fortalte at de opplevde en hjelpeløshet i dialog med ungdom hvor det var en antatt forhøyet selvmordsfare. Det var flere deltakere som uttalte at de hadde vanskeligheter med å gi tilbakemeldinger på følelser som omhandlet ønsker om å dø.

«Jeg føler at det er vanskelig å snakke om det, og at man føler seg hjelpeløs når en ungdom sier at «jeg vil ikke leve lengre», og at det ikke er noen mening i livet mitt. Hva skal man si? Annet enn at man gir tilbakemelding på at «jeg skjønner at du har det vondt og vanskelig» samtidig trygge dem».

De fleste var usikre på hvordan de kunne gi en mening med livet til et barn som ikke hadde noen tanker om håp. Samtidig fikk de et stort behov for å gi dem omsorg og ivaretagelse. En deltaker beskrev en hjelpeløshet og redsel for at ungdommen skulle utebli hele natten, og dette kunne deltakeren bære med seg til neste vakt. En annen fortalte at ungdommer som selvskadet kunne man gi omsorg og reparere med å sy og plastre, mens med selvmord var muligheten til å reparere fraværende. Dette skapte en usikkerhet og hjelpeløshet.

«jeg tenker at kan de som blir skader seg selv kan repareres, de kan sy og plastres. Mens med selvmord så er det et eller annet med det psykiske som du føler det er så lite jeg kan gjøre noe med. Jeg vet ikke hvordan jeg kan vise omsorg med noen som har lyst til å dø, mens med noen som selvskader kan man vise omsorg på en måte ved å trøste, pakke inn litt etterpå eller i forkant. Det går nok mere på meg hva jeg trenger. Jeg synes det er lettere å trøste noen som skader seg enn noen som sitter og vil dø, for jeg vet ikke hva jeg skal si rett og slett».

4.5.2 Bekymret/redd for å gjøre feil

En deltaker fortalte at det å ha en åpen dialog med ungdom som hadde en antatt forhøyet selvmordsfare var svært viktig, men at det ga utfordringer fordi deltakeren var redd for å trigge eller gi dem noen ideer. Det var mye skam og skyldfølelser knyttet til suicidalitet, og det utløste ubehagelige følelser som man var redd for at ungdommene merket.

«Jeg tenker sånn umiddelbart at jeg hadde nok høyst sannsynlig syntes det var veldig ubehagelig. Mest fordi jeg har en frykt for å trigge og gi noen ideer til at de skal tenke på eller ta selvmord. Jeg er redd for å feile og jeg ikke kan gjøre noe med det. Det er mye skyldfølelse knyttet til det, og det gir meg en ubehagelig følelse».

En annen deltaker mente at alle ungdommene som blir plassert på institusjon kan ha en antatt forhøyet selvmordsfare. Samtidig var ikke alle ungdommer like åpne på at det ikke var noe mening med å leve lengre, og det var skummelt. De hadde det inni hodet sitt, men det lyste ut gjennom øynene med en tomhet, og den var vanskelig å oppdage. En deltaker beskrev en bekymring for ungdommer som ikke hadde noen konsekvenstenkning, og at de aktiverte stor bekymring og redsel.

«...den største redselen jeg kan ha når det gjelder å jobbe med de ungdommene, er at de er så impulsive og gjør ting som de egentlig ikke har lyst til».

Det var en deltaker som ikke var redd for å trigge eller si noe feil, men var bekymret for å snakke åpent om problematikken med alle ungdommer som var plassert. Dette var et sårt tema, og de ungdommene som hadde tanker om selvmord kunne oppleve at de ble stemplet urettmessig som suicidale. Derfor mente deltakeren at det var viktig å vektlegge sinnsstemningen, og heller spørre om hvordan de hadde det. Samme deltaker fortalte at alle hadde et sett med fordommer og tanker om hvilke ungdommer som var suicidale, og dermed gikk man glipp av en gruppe bestående av unge gutter. Denne gruppen var vanskeligere å fange opp og ga en bekymring for å ikke se helhetlig på hvorfor de uttrykte et ønske om å dø. Mange deltakere uttalte en bekymring på mangel av kunnskap om selvmordsatferd, og at det ledet til en usikkerhet. Noen var redd for å si/gjøre noe feil som kunne forverre situasjonen, og det kunne føre til at tema ikke ble snakket om og dermed forble et tabu. Mens andre reagerte med en overveldende følelse av bekymring og omsorg, og et behov for å vise at det fantes trygge voksne som brydde seg.

4.5.3 Hele følelsesspekteret

Selv mord aktiverte hos deltakerne hele følelsesspekteret, og de fortalte om de ulike reaksjonene.

«Det gjør noe med meg selv, det hjelper ikke med all den erfaringen du har. Det sitter en vond følelse som gjør noe med meg».

En deltaker fortalte at det var skummelt med de ungdommene som skjulte at de hadde et sterkt ønske om å ta livet sitt, og redselen for å ikke fange det opp. En annen fortalte at det satte i gang «tåreperspektivet» fordi man var så bekymret. En deltaker fortalte at problematikken satte i gang en nysgjerrighet på hvordan tankerekken var til ungdommen som endte ut i at de ønsket å ta livet sitt. Det var ofte logiske tankerekker med en blanding av hjerne, hjerte og håpløshet. En annen deltaker fortalt om sinne mot systemet som ikke har fanget opp hva dette barnet har opplevd. Forståelsen for etterpåklokskap var tilstede, men det ga en vond følelse. Flere deltakere fortalte at de hadde behov for å reagere eller snakke med kollegaer etterpå for å få tømt alle følelsene slik at de ikke tok det med seg hjem. En deltaker fortalte at i etterkant av samtaler eller situasjoner ble deltakeren lei seg, samtidig som at det vekket en omsorg, forståelse og respekt. En annen deltaker la vekt på relasjonen de hadde til ungdommen, og hvordan den påvirket reaksjonene. Noen ganger kunne det være en følelse av sinne «fy faen for en bedriten drittunge, nå er jeg dritt lei», og da håpet deltakeren på at det var kollegaer som etterspurte hvorfor man følte det slikt.

«Kjenner jeg blir litt trist og kan prege meg slik at jeg er nødt til å snakke med en annen kollega, og si at «nå var det tungt og han/hun sa det ... uff....». Jeg må få tømt meg, eller delt de tankene og følelsene slik at jeg ikke blir sittende med de alene».

5 Drøfting

Oppgavens formål har vært å belyse problemstillingen «*Hvilke tanker og følelser aktiveres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading, og har en antatt forhøyet selvmordsfare*». I dette kapitlet vil jeg drøfte de sentrale funnene i min analyse opp mot gjeldende teori, og funn fra tidligere forskning av relevans. Analysen førte frem til fem hovedtemaer, og hadde et klart skille mellom hvordan deltakerne opplevde de ulike fenomenene. Derfor vil jeg dele drøftingskapitlet mellom selvskading og selvmord. Dette for å belyse om de to ulike problematikkene gir forskjellig utfall på forståelse, ivaretagelse og egne emosjonelle reaksjoner.

5.1 Selvskading

Deltakerne var tydelig på at de ønsket å møte ungdommene på en god måte. For å kunne yte best mulig hjelp, kan det være viktig å oppnå en forståelse av fenomenet, og opparbeide seg erfaring. Det å forstå en handling som er i utgangspunktet umulig å forstå, kan være krevende for hjelperen. Utfordringen for en hjelper er å forstå hvordan en person kan påføre smerte på seg selv med vilje (Øverland, 2006). Samtidig kan det oppleves paradoksalt for hjelperen å hjelpe en som ikke vil ha hjelp som gir en del utfordringer i forhold til forståelsen.

5.1.1 Erfaring

Det var flere av deltakerne som fortalte at de hadde erfaring med å jobbe med ungdom som selvskadet. Deltakerne følte at de hadde oppnådd en slags erfaringsbasert kunnskap, som bidro til at de kunne gjenkjenne og forstå hvilke tegn de skulle se etter i ulike situasjoner. To av deltakerne fortalte at det å stole på sin egen «magefølelse» var en stor del av arbeidet. Øverland (2006) sier blant annet at, for å forstå et menneske må man ha teoretiske kunnskaper, erfaring og rett og slett stole på sin intuisjon. Intuisjonen kan forstås som den tause kunnskapen eller i dette tilfelle «magefølelse», og kan sammenliknes med å kjenne på atmosfæren i rommet. En av deltakerne beskrev at det å jobbe med «magefølelsen» ga tilgang til signaler som økte nysgjerrigheten på ungdommen og deres problematikk. Erfaring kan være med på å bidra til en trygghetsfølelse både for miljøterapeuten og ungdommen. En erfaren miljøterapeut opplever kanskje ikke eskalerende situasjoner som overveldende, og kan muligens skille mellom selvskading som er alvorlig og den som kan bli utført for å skremme.

Dette kan føre til at samspillet mellom miljøterapeutene og ungdommene kan også oppleves bedre, og gi en trygghetsfølelse (Øverland, 2006) En del av miljøterapien er blant annet å nyttiggjøre seg av samspillet og bidra til psykisk vekst. Samtidig skal miljøterapien bygge på omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet, og gi rom for miljøterapeutisk spontanitet (Lillevik & Øien, 2015). Funn fra min analyse kan indikere at miljøterapeutisk tilnærming rommer en større forståelse av selvskading gjennom erfaring og intuisjon. Det kom tydelig frem at deltakerne var genuint interessert i å forstå ungdom som selvskadet, og møte de på best mulig måte. En av deltakerne fortalte om den tryggheten som hadde blitt opparbeidet seg gjennom erfaring, og som hadde gitt en større kunnskap til å forstå ungdommer på en mer empatisk måte. Som en del av miljøterapeutisk tilnærming er det å møte ungdommer i «her og nå» situasjoner, og kunne være sammen i de følelsesmessige lidelsestrykkene og samtidig kunne være omsorgsfull, engasjert og empatisk mot ungdommer.

5.1.2 Opplæring

Et gjennomgående tema i forståelsen av ungdom som selvskader var opplæring og veiledning om selvskading, og forholdet mellom selvskading og suicidalitet. Flere av deltakerne påpekte at det var en økning av psykiske symptomer hos ungdommer som hadde vært plassert på institusjonen gjennom de siste årene. De var bekymret for denne utviklingen, og presiserte derfor behov og ønske om veiledning og opplæring. Denne bekymringen støttes gjennom undersøkelsen «Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner», hvor det fremkommer at 67% av barn og unge hadde en psykisk lidelse (Kayed et al., 2015). Alle deltakerne beskrev at de ønsket en bevisstgjøring av selvskadingsproblematikken for å tilegne seg en økt forståelse. Dette for at miljøterapien ikke skulle bli personavhengig, situasjonsbetinget og erfaringsbasert. Funnet om opplæring og veiledning støttes av tidligere forskning. Flere forskningsartikler indikerer at det er en sammenheng mellom opplæring og positive holdninger til pasientene (Anderson, Standen, & Noon, 2003; Crawford, Geraghty, Street, & Simonoff, 2003; Dickinson & Hurley, 2012; Dickinson, Wright, & Harrison, 2009; Timson, Priest, & Clark-Carter, 2012; Wheatley & Austin-Payne, 2009). I en forskningsartikkel kom det frem at 95% av deltakerne mente de ville profittere på opplæring og praksis (Timson et al., 2012). Funnene indikerer at økt opplæring ga positiv effekt på holdninger og effektivitet, mens lavt nivå av opplæring ga en negativ effekt på holdninger og effektivitet. Dickinson and Hurley (2012) beskriver at utdanning kan potensielt være holdningsendrende, og gi en positiv effekt på den terapeutiske relasjonen til pasienten. I

forskningsrapporten utarbeidet av Wheatley and Austin-Payne (2009) ble det belyst at det var en forskjell på faglært og ufaglært helsepersonell, med tanke på negative og positive holdninger til selvskading. De ufaglærte hadde mer negative holdninger, og hadde en større engstelse med å jobbe med pasienter som selvskadet. Forskningsartikkelen drøftet at de nyansatte burde få en opplæring så tidlig som mulig og den bør inneholde tema som forekomst, utsatte grupper, risikofaktorer og forståelse av årsaker til fenomenet. Dette for å gi en økt forståelse av kompleksiteten av selvskadingsproblematikken. Dette samsvarer med mine funn, hvor deltakerne beskriver at de ønsker opplæring fordi de føler seg tidvis usikre på hvordan de kunne gi best mulig omsorg for ungdom som selvskader. Samtidig ønsker de seg et mulighetsrom hvor de kan dele og bytte erfaringer med hverandre. Wheatley and Austin-Payne (2009) beskriver at det burde være en jevnlig veiledning for hele personalgruppen for å dempe engstelse og usikkerhet, og dette kan bidra til en mer effektiv behandling for pasienten. Det var flere deltakere som fortalte at de hadde en forutinntatthet om hvilken målgruppe som selvskadet, og om hva som er de bakenforliggende årsakene til selvskading. Dette kan tenkes være et symptom på at det er behov for opplæring om risikofaktorer, utsatte grupper og forståelse av årsaker til selvskading.

5.1.3 Bakenforliggende årsaker

De fleste deltakerne mente at ungdommer manglet redskaper for å beskrive følelser, og derfor internaliserte den indre smerte i kroppslig smerte. Det er flere undersøkelser som viser til funn som omhandler at helsepersonell oppfatter selvskading som et rop om hjelp, et oppmerksomhetsbehov og som en kommunikasjonsform (Anderson et al., 2003; Dickinson et al., 2009; Rissanen, Kylma, & Laukkanen, 2011). Dette kan støttes av litteraturen gjennom den sosiale forklaringen til Klonsky (2011). Den sosiale forklaringen viser til mangel på sosiale ferdigheter, som kan gi en opphoping av negative følelser som igjen kan føre til en regulering av følelser med selvskading. Flere deltakere mente at årsakene til selvskading omhandler omsorgssvikt og traumatiske opplevelser fra barndommen. Både litteratur og forskning beskriver at vanskelige familieforhold, eller traumatiske hendelser kan være en risikofaktor (Favazza, 2011; Gratz, 2003; Ystgaard, 2015). En av deltakerne beskrev at den bakenforliggende årsaken var at ungdommene hadde tilknytning og reguleringsvansker, hvor de ikke hadde lært å regulere følelsene av sine foreldre. Videre beskriver deltakeren at dette kan føre til at ungdommen blir desperat etter omsorg og annerkjennelse fra voksne, og vet ingen andre måter å få oppmerksomhet på. Klonsky (2011) beskriver i den psykiske

forklaringsmodellen om affekt regulering og hvilken innvirkning det har på ungdom som selvskader. For en del år siden ble barnevernsfaget «revolusjonert» gjennom fagfeltet tilknytningsteori, som var et stort satsningsområde. Dette kan være en av grunnene til at denne deltakeren hadde en beskrivelse av årsakene til selvskading på et detaljert fagteoretisk grunnlag. Dette utsagnet kan muligens gi en pekepinn på at miljøterapeutene egentlig innehar en stor kompetanse om hvordan de forstår fenomenet selvskading. Det kan være nærliggende å tenke at deltakerne har en ubegrunnet usikkerhetsfølelse, men de ønsker en bekreftelse på at de forstår ungdom på en god måte. Min fortolkning av deres forståelse kan indikere at miljøterapeutene innehar mye taus kunnskap, som ikke har blitt lært men erfart.

5.1.4 Ivaretagelse

Hvordan miljøpersonalet ivaretar ungdommer som selvskader kan få noen grunnholdninger til syne, og de kan ha en innvirkning på egne emosjonelle reaksjoner. Det fremkom at deltakerne anså åpenhet som et nøkkelbegrep som kunne være en avgjørende faktor i miljøterapien.

Funnene indikerer at deltakerne vektla begrepet åpenhet med å tørre å spørre om vanskelige og private spørsmål, det å tørre ta imot svarene, og samtidig ufarliggjøre tematikken slik at den ikke ble opplevd som tabubelagt. Noen av grunnholdningene i miljøterapi er å tydeliggjøre for ungdommene at de voksne tåler å være en del av den tunge hverdagen, at de lytter og rommer deres vanskelige opplevelser, og samtidig kan gi en aksept og forståelse på de ulike uttrykkene og opplevelsene. En av deltakerne fortalte at åpenhet var de voksnes ansvar, og det var de voksne som gjorde temaer vanskelig og tabubelagte, og derfor var det viktig at personalet var i stand til å prate om opplevelser som vanskelig. Flere forskningsartikler indiker at helsepersonell kan oppleve det utfordrende å snakke med ungdommer om selvskading. Helsepersonell kan føle at de ikke innehar riktige ferdigheter til å snakke om de vonde opplevelser, og at de er redd for å si eller gjøre noe feil (Anderson., Standen, Nazir, & Noon, 2000). Dette kan være med på å gi ungdommer en følelse av skyld og skam. Øverland (2006) sier at hvis miljøterapeutene skal kunne hjelpe, er det viktig å tørre å åpne opp for ellers tabubelagte temaer, og gi en opplevelse av å stole på de voksne.

5.1.5 Trygge/være tett på

Deltakerne vektlegger at det å trygge/være tett på uten å bli konfronterende og kontrollerende, er en balansegang. En kontrollerende og konfronterende tilnærming kan gi en opplevelse av svik og aggresjon, for ungdommene som allerede er i en sårbar situasjon. En av deltakerne

beskrev at «det miljøterapeutiske øyeblikket» kunne utspille seg i etterkant av en selvskadingsepisode, hvor personalet kan bruke dette «øyeblikket» aktivt med å yte omsorg for skadene, og samtidig være tilgjengelig for samtale. En annen deltaker fortalte om situasjoner hvor det ble vurdert å ikke stanse selvskadingen, da dette kunne eskalere situasjonen ytterligere. En økt forståelse av selvskadingens funksjon kan bidra til at miljøterapeutiske tilnærminger ivareta ungdommene på best mulig måte (Øverland, 2006). Funn fra undersøkelsen kan indikere at miljøpersonalet har en god forståelse av hvordan de skal ivareta ungdom som selvskader. Deltakerne beskriver at de vurderer de ulike situasjonene, og på hvordan de best mulig kan komme i posisjon til å yte hjelp for den sårbare ungdommen. I eskalerende situasjoner beskriver deltakerne at de ikke møter ungdommer med sanksjoner fordi det ikke vil være hensiktsmessig, og at de gir ungdommen kontroll over sin egen situasjon i gitte settinger. Flere av deltakerne beskriver at det er vanskelig å ivareta andre ungdommer på avdelingen i situasjoner, og at dette oppleves som krevende. En deltaker legger vekt på en «massesuggesjon» blant de voksne ovenfor en ungdom som har behov av hjelp, mens andre ungdommer ikke får noen oppmerksomhet. Dette utsagnet kan forstås slik at personalet kan få dårlig samvittighet for å ikke strekke til, når de vet at det er andre ungdommer på avdelingen som har behov for omsorg og voksenkontakt.

5.1.6 Forståelsesmodell

Gjennom sin forståelsesmodell vektlegger deltakerne at de ungdommene som er plassert på institusjonen har møtt lite forståelse fra sine foreldre på sine smerteuttrykk. Deltakerne beskriver at det kan resultere i at ungdom selvskader seg i det skjulte, og det opprettholder både frekvensen av selvskadingen og en avvísning av fremtidig behandling. Dette gir noen indikasjoner på at deltakerne mener at en god miljøterapeutisk tilnærming er en mild væremåte som uttrykker forståelse og nysgjerrighet på deres smerteuttrykk. Smitteeffekt mellom ungdom som bor på avdelingen, eller i deres sosiale omgangskrets beskrev personalet som bekymringsfullt. Deltakerne beskrev at det det kunne være ulike årsaker til smitteeffekten som blant annet oppmerksomhet, sjalusi, konkurranse, identifisering og romantisering. Klonsky (2011) sin sosiale forklaring beskriver deltakernes forståelsesmodell for smitteeffekt. Han sier at ungdommer raskt relaterer seg til andre med like forutsetninger og livssituasjon, og har en tendens til å bli påvirket av holdninger og atferd fra sin omgangskrets.

5.1.7 Egne emosjonelle reaksjoner

Deltakerne beskrev mange forskjellige egne emosjonelle reaksjoner i arbeidet med ungdom som selvskader. Alle deltakere ble opplevd som ærlige da de snakket om hvordan en ungdom kunne trigge irritasjoner og sinnereaksjoner hos dem. De fortalte at det var ungdom som truet seg til oppmerksomhet og egentid med personalet, og at de truslene om selvskading over tid kunne gi personalet en følelse av likegyldighet og aggresjon. Samtidig fortalte de at dette var uheldige reaksjoner, og at de fortløpende minnet seg selv på at selvskading var et smerteuttrykk fra ungdommene. Som miljøterapeut må man gi mye av seg selv i arbeidet med ungdom, og spesielt med selvselvskadingsproblematikk. Det kan sette i gang et register av følelser, som blant annet sinne. Det at deltakerne setter ord på hva egne emosjonelle reaksjoner er betryggende, fordi det kan vise en bevissthet om hvordan de skal forholde seg til egne reaksjoner. Å gjenkjenne sinne og maktesløshet senker risikoen for å møte ungdom med sanksjoner eller med irritasjon. Avmaktsfølelse er en reaksjon som er helt nødvendig å forholde seg til i det intense arbeidet med ungdommer som selvskader (Øverland, 2006). På lik linje som sinne/irritasjon kan avmaktsfølelsen være en forsvarsmekanisme fra miljøterapeuten, for å stenge ut ungdommens lidelsestrykk. En av deltakerne beskrev om en bevissthet med å jobbe aktivt med avmaktsfølelsen, hvor uttrykket kunne bli brukt som en indikator på ungdommens stress og urolighet. En annen deltaker beskrev gjennom en historie på legevakten, hvor det hadde blitt synlig at helsepersonellet hadde gitt uttrykk for frustrasjon gjennom sinne og en avmaktsfølelse. Videre beskrev begge deltakerne at det å være bevisst på at dette var en forsvarsmekanisme var viktig. I min undersøkelse ble det tydelig at ungdom som selvskadet satte i gang hele følelsesregisteret, alt fra sinne frustrasjon, oppgitthet, tristhet, fysisk vemmelse, omsorg, glede for å hjelpe og redsel. Flere av de emosjonelle reaksjonene deltakerne beskriver kan forklares gjennom overføring og motoverføring. I en overføring tillegges miljøterapeuten ubevisst egenskaper i nåtid som ungdommen har erfart med andre i barndommen (Schibbye, 2009) Noen ungdommer kan ubevisst stille urealistiske krav og forventninger til miljøterapeuten ut i fra samspillsmønstre som er dannet i barndommen. Forventningene kan bestå av intense følelser som kjærlighet eller hat, og bli aktivert når ungdommen føler seg krenket og avvist. En av deltakerne fortalte om en relasjon som var knyttet til en ungdom som truet med selvskading hvis kravet om egentid med personalet ikke ble innvilget. Det kan være at ungdommene får sterke emosjonelle reaksjon på avvisningen fordi det kan minne om opplevelser fra barndommen om at de ikke er bra nok. Miljøterapeuten kan oppleve ubevisste eller beviste reaksjon på ungdommens overføring, og

den terapeutiske relasjonen blir preget av intens emosjonelle reaksjoner fra begge parter. Motoverføring kan prege en hel avdeling hvor personalet kan komme i et konkurranseforhold seg imellom, og dette kan føre til splitting mellom de ansatte. Dette kan utarte seg i forhold til hvem i personalgruppe som er «snill» og hvem som er «slem» Det er derfor uhyre viktig å ha en bevisstgjøring av hva som aktiveres gjennom overføring og motoverføring (Øverland, 2006). Selv om deltakerne ga uttrykk for en bevissthet på sine egne reaksjoner, kan dette indikere et behov for en jevnlig veiledning i forhold til å jobbe med selvskadingsproblematikken. Veiledning kan bidra til en ytterligere bevissthet på egne følelser, som igjen kan føre til at personalet kan komme i forkant av slike situasjoner. Dette kan være med på å gi en trygghet som miljøterapeut.

5.2 Selvmord

I min undersøkelse bruker jeg begrepet antatt forhøyet selvmordsfare. Dette betyr at det er en antakelse at de ungdommene som bor på institusjonen kan være i risikozonen, men at det ikke foreligger en uttalt selvmordsfare.

5.2.1 Erfaring

Deltakerne fortalte at de hadde jobbet med tilfeller av ungdommer med en uttalt selvmordsfare, men at de ikke hadde like lang erfaring med suicidalitet som med selvskading. I analysen fremkom det ikke noen konkrete uttalelser om erfaring fra deltakerne om en antatt selvmordsfare hos ungdom. Deltakerne beskrev at de hadde en tilnærmet lik forståelse om selvmordsfare, som de hadde opparbeidet seg gjennom å jobbe med ungdom som selvskadet seg.

5.2.2 Opplæring

Flere av deltakerne fortalte at de ikke følte seg kompetente nok til å jobbe med selvmordsproblematikk. De viste til en bekymring om at alle ungdommene som hadde vært plassert på institusjonen hadde en forhøyet selvmordsfare, fordi det hadde vært en økning av psykiske symptomer hos ungdommene de siste årene. Tidligere forskning viser til at dødeligheten blant barnevernsbarn er høy (Kristofersen, 2005). I intervjuene forespurte jeg deltakerne om de hadde fått tilstrekkelig med undervisning om suicidalitet gjennom grunnutdannelsen sin. Alle deltakerne svarte at de følte at ikke hadde fått tilstrekkelig med

undervisning. En deltaker hadde fått tilbud om et Vivat kurs, men måtte påkoste dette selv. Miljøterapeuter som jobber i barnevernsinstitusjoner er utdannet i å kunne gi omsorg, trygge barn og unge, og gi positive sosiale miljø opplevelser (Landmark. & Olkowska, 2009). De ansatte er verken utdannet til å oppdage eller til å behandle psykiske lidelser. Kayed et al. (2015) viser til at ungdommer som bor på barnevernsinstitusjoner kan være i behov av både miljøterapi og psykiatrisk behandling. Det ble utført en studie om selvmordsproblematikk ble undervist i på universiteter og høyskoler i Norge. Her kom det frem at noen grunnutdannelse ikke hadde temaet nedskrevet i læringsplanen, mens andre hadde 3-4 timer undervisning (Hjelmeland, Espeland, & Småvik, 2014). Det kan være nærliggende å tenke at deltakerne fra min undersøkelse kjenner seg usikre på hvordan de skal forstå og ivareta ungdommer som har en forhøyet selvmordsfare. I en finsk studie fremkommer det et skille mellom helsepersonell som jobber på et somatisk sykehus og et psykiatrisk sykehus (Suokas, Suominen, & Lonqvist, 2008). Resultatet fra studien viser at helsepersonellet som jobber på det somatiske sykehuset uttrykker flere negative holdninger enn de som jobber på det psykiatriske sykehuset. En grunn til dette kan være at helsepersonell som jobber på psykiatrisk sykehus har både mere erfaring og opplæring spesielt rettet mot suicidale pasienter. Dette kan gi en indikasjon på at deltakerne som jeg intervjuet, kan føle at de ikke opplever at de har fått tilstrekkelig med opplæring rettet spesifikk mot suicidalitet.

5.2.3 Bakenforliggende årsaker

De fleste fortalte at det var alvorlig problematikk som lå til grunn for selvmord, spesielt overgrep fra foreldre, eller andre i nære relasjoner. Deltakerne antok at de ungdommene kunne oppleve triggerer som ga dem «tilbakeblikk» på de traumatiserende opplevelsene, og den eneste måten å få det bort var å ta livet sitt. Shneidman (1985) utviklet en psykologisk forståelses modell ifra felles likhetstrekk hos mennesker med selvmordsatferd. I første punkt beskriver han om en utholdelig psykisk smerte hvor den eneste utvei er å ta livet sitt. Deltakernes beskrivelser av ungdom som ønsker å ta livet sitt, kan sammenfalle både med Schneidmans første punkt og noen av de andre punktene i den psykologiske forståelsen. Mehlum and Sjøbu (1999) vektlegger det psykososiale perspektivet på hvordan intrapsyriske prosesser har sitt grunnlag fra barndommen. Den tar utgangspunkt i at omsorgssvikt, overgrep og traumatiserende opplevelser fra barndommen kan være med på å bidra til å utvikle suicidal atferd. Flere av deltakerne mente at suicidale ungdommer manglet redskaper til å uttrykke følelser. Med dette utsagnet er det nærliggende å tenke at deltakerne fra undersøkelsen min,

mente at ungdommer får en opphopning av følelser inni seg og har vanskeligheter med å kommunisere dette ut til omverden. I de tilfellene kan et selvmordsforsøk signalisere at man er i nød og «trenger hjelp», eller som et rop om oppmerksomhet for å «se meg» (Retterstøl et al., 2002). Mitt funn sammenfaller med andre studier som undersøker hvordan helsepersonell oppfatter pasienter som er suicidale (Anderson. et al., 2000; Anderson., Standen, & Noon, 2005). Anderson. et al. (2005) beskriver at helsepersonell som jobbet med ungdommer var ambivalent med å beskrive at suicidal atferd hos ungdommer kun var et kommunikasjonsmiddel for «rop om hjelp». De presiserte at atferden kunne være en kommunikasjonsprosess som inneholdt flere undermeninger som «en stemme», «kompleksitet» og «påvirkning fra sosiale omgivelser». En deltaker mente at ungdom som selvskadet hadde en forhøyet risiko for selvmord. Deltakeren mente at gjennom å selvskade var de allerede villig til å skade seg selv, og i noen tilfeller hadde de ikke kontroll over hvor dypt de kuttet, og ved uhell kunne de gjøre et selvmordsforsøk. Øverland (2006) sier at selv om selvskading kan forstås som et forsøk på å mestre vanskelige følelser, kan mestringsfølelsen avta og erstattes med depresjon som kan videreutvikle seg til selvmordsatferd. De fleste som skader seg gjør ikke dette med en intensjon om å ta livet sitt, samtidig viser ulike studier at de som tar livet sitt ofte har skadet seg selv tidligere (Gairin et al., 2003; Hawton et al., 2003). Dette indikerer at forholdet mellom selvskading og selvmord er komplekst (Thorsen, 2015). Både det offentlige og det statlige barnevernet har de siste årene hadde en kompetanseheving med «Traumebevisst omsorg» gjennom RVTS. Denne opplæringen tar utgangspunkt i at barn og unge som blir plassert utenfor hjemmet, ofte har opplevd traumatiske hendelser som kan vise seg gjennom ulike smerteuttrykk. Barnevernsansatte får en forståelse at det er underliggende årsaker til de ulike uttrykkene. Med dette som et grunnteppe, kan mine funn indikere at miljøpersonalet har tilegnet seg en forståelse av bakenforliggende årsaker til ungdommenes smerteuttrykk. Dette til tross for egen usikkerhet, som kan muligens komme av mangel på erfaring med denne undergruppen av ungdommer som har en antatt forhøyet selvmordsfare.

5.2.4 Ivaretagelse

Deltakerne forklarte at de syntes det var vanskelig å jobbe med ungdom som hadde en antatt forhøyet selvmordsfare. De uttrykte en usikkerhet i arbeidet med suicidalitet, men var opptatt av at de skulle ivareta alle ungdommer som var plassert på institusjonen på en god måte uavhengig av problematikk.

5.2.5 Åpenhet

Alle deltakerne var enige om at det å ha en åpen dialog om selvmord var veldig viktig. Samtlige deltakere fortalte at de hadde opplevd at ungdom hadde gitt uttrykt for at det var godt å snakke om hvordan de hadde det, hvor det ble gitt en åpning til å si at de ikke orket å leve mer. En deltaker mente at hvis selvmordsnære ungdommer fikk uttale sine planer kunne dette bryte et mønster. Da ville ikke tankene bli «kapslet» inn i individet, og dette kunne bidra til at selvmordsrisikoen ble redusert. Retterstøl et al. (2002) beskriver når en selvmordsnær person får anledning til å snakke om sine tanker og følelser, kan dette føre til et mindre indre lidelsestrykk. Som en deltaker nevnte, kan samtaler om selvmord bryte et mønster slik at tankene ikke blir «kapslet» inn i seg selv. Samtidig får ungdommen satt ord på sine egne følelser, som kan bidra til å heve bevisstheten om sammenhengen mellom tanker og følelser. Dette kan være med på sikt å gi de ulike ungdommene noen andre mestringsstrategier. Det å snakke åpen om selvmord utgjør ikke en risiko i seg selv, men hvordan man uttrykker seg blir viktig. Ungdom som er allerede sårbare og lett krenkbare vil det være viktig å formidle håp og løsninger, uten å gi uttrykk av fordømmelse (Mehlum & Sjøbu, 1999; Retterstøl et al., 2002). Anderson et al. (2003) beskriver i sin undersøkelse at det å gi ungdom en mulighet til å snakke om bakenforliggende årsakene i sitt uttrykk, kan være med på å gi dem en «livslinje». En annen deltaker i min studie mente at det var viktig å snakke om hva det betyr å dø, at det er en endelig slutt og ikke et videospill. I noen ungdomsmiljøer kan det være en del snakk om døden, på en romantiserende måte og som en ønskelig handling. Men denne type ungdom anbefales det å trå varsomt frem, slik at det ikke risikoen forsterkes. Vråle (2009) sier at en profesjonell hjelper som jobber med selvmordstruede pasienter bør selv ha reflektert over eksistensielle spørsmål. Dette betyr ikke at de skal ha vært i samme situasjon, men tørre å slippe tanken om døden innpå seg. Hvis ikke den profesjonelle hjelperen tør dette, mangler de en vesentlig dimensjon for å snakke med disse pasientene.

5.2.6 Trygge/ være tett på

Funnene i min undersøkelse gir en indikasjon på at miljøterapeutene har en stor forståelse, og innsikt i hvordan de skal ivareta en ungdom i krise. De jobber på en akuttinstitusjon, og det å ivareta ungdommer i krise er deres spesial fagområde. Det kan virke som at deltakerne trekker ut essensen av miljøterapifaget, som omsorg, trygghet, det å være en lyttende voksen person, være engasjert og ivaretakende mot ungdommer uavhengig av problematikk.

5.2.7 Forståelsesmodell

Deltakernes svar kan indikere at det er en overhengende fare for å bli overveldet av problematikken til ungdommene, og at miljøterapeutene kan svare på deres problematikk med sanksjoner. Dette er ungdommer som muligens responderer best på fleksibilitet, og ikke rigiditet. Deltakerne beskriver at de har en bevissthet om det å tilrettelegge for en trygg omsorgsbasis for alle ungdommene. Kronisk suicidale ungdommer var et tilbakevendende tema under intervjuene, hvor deltakerne undret seg på hvordan dette kunne skille seg fra en akutt tilstand når det gjaldt en så alvorlig atferd. Det at deltakerne gjentatte ganger tok opp tematikken kronisk suicidalitet, kan gi noen indikasjoner på at de ikke er utdannet til å forstå eller behandle diagnoser. En miljøterapeut jobber på det psykososiale feltet, og ikke det medisinske feltet. På en annen side forteller forskning at det er behov for institusjoner som har en blanding av miljøterapi og psykisk helse (Kayed et al., 2015). Dette gir noen indikasjoner på miljøterapeutenes behov for økt opplæring og veiledning.

5.2.8 Egne emosjonelle reaksjoner

Det å jobbe med ungdommer som har en antatt forhøyet selvmordsfare kan påvirke våre egne emosjonelle reaksjoner. Det at barn og unge har tanker om å dø oppleves som naturstridig. Deltakerne gir uttrykk for at denne problematikken igangsetter en bredde av følelser. Landmark and Stänicke (2016) skriver at en hjelper kan oppleve å bli veldig aktivert, engstelig, sint eller trist og kan føle seg hjelpeløs fordi ungdom ikke vil ha hjelp. Et annet scenario kan være at en miljøterapeut kan bli overinvolvert, som kan føre til at de på den ene siden kan bli rigid, eller på en annen siden kan man bli grenseløs. Dette er måter å reagere på hvis det indre følelsesregisteret blir ubevisst overstyrt av andres følelser. En slik projektiv identifikasjon kan være vanskelig å oppdage, samtidig kan fenomenet gi en splitting i personalgruppen. Noen av miljøterapeutene blir de «snille» mens andre blir de «slemme». Deltakerne beskrev en bredde av emosjonelle reaksjoner som sinne, bekymret, redd, sinna, lei seg, et stort behov for å vise omsorg, lei seg og hjelpeløshet. Det at alle deltakerne hadde mange motstridende emosjonelle reaksjoner, kan indikere på at de ikke har nok opplæring eller veiledning om slike reaksjoner. Som en miljøterapeut er utdannelsen rettet mot klient/brukeren og deres behov, og ikke mot hjelperens opplevelser i denne samhandlingen. Både motoverføring og projektiv identifikasjon kan være krevende å jobbe med, men det er en nødvendig å være bevisst på fenomenet slik at det kan brukes aktivt med å gi opplysninger om ungdommens tidligere opplevelser.

Deltakerne uttalte en bekymring for mangel på kunnskap som kunne lede til en usikkerhet i samhandlingen med ungdommen. De fortalte at de syntes det var vanskelig å ha en dialog om det å dø med en ungdom, det uttrykte en engstelse for at ungdom merket at de syntes det var ubehagelig. En deltaker var redd for at det var en gruppe med gutter som ikke var synlige og like åpne om egne lidelser. Min tolkning av denne redselen for å gjøre feil eller bekymringen for å miste noen til selvmord, kan indikere at deltakeren har et behov for opplæring og veiledning på denne tematikken. Risikoen for at man kan miste en ungdom eller gjøre feil vil alltid være der, men ved økt kunnskap kan man erverve seg en trygghet. Det er to undersøkelser som er gjort om sykepleiers holdninger til voksne pasienter med selvmordsatferd (Anderson., 1997; McLaughlin, 1994). Begge undersøkelsene konkluderer med at eldre og erfarne sykepleiere har en mere positiv holdning mot pasientene, enn yngre sykepleiere. Dette funnet kan sammenfalle med min antakelse om at deltakeren fra min undersøkelse kan mangle opplæring men også erfaring. Da miljøterapi har et grunnlag om erfaringsbasert praksis, kan funnet gi en pekepinn på en mangel om praksis opp mot suicidalitet hos ungdom.

6 Konklusjon

I denne undersøkelsen fremkommer det at deltakerne opplever et behov for mer opplæring og veiledning. Miljøterapi består som tidligere nevnt av en erfaringsbasert kunnskap, intuisjon og teori. Miljøterapeutene som ble intervjuet i denne undersøkelsen uttrykte at de ikke ønsker at miljøterapien blir personavhengig, situasjonsbetinget og kun erfaringsbasert. Gjennom drøftingen utpeker det seg tre overordnede temaer som ble gjentatt både under temaene selvskading og selvmord. Det var et ønske og behov for veiledning, opplæring og erfaring. Funnene indikerer at miljøterapeutene har et behov for opplæring om risikofaktorer, utsatte grupper og forståelse av årsaker til selvskading. En slik opplæring har vist seg gjennom andre undersøkelser å være holdningsendrende, som kan bety at miljøterapeutene oppnår en større trygghet i seg selv. Funnene fra undersøkelsen kan indikere at miljøpersonalet har en god forståelse av hvordan de skal ivareta ungdom som selvskader. Selv om deltakerne ga uttrykk for en bevissthet på sine egne reaksjoner, kan undersøkelsen indikere et behov for en jevnlig veiledning for å holde bevisstheten oppe. Deltakerne beskrev en bredde av emosjonelle reaksjoner som sinne, bekymring, redsel, tristhet, et stort behov for å vise omsorg og hjelpeløshet i arbeidet med ungdommer som er suicidale. Usikkerheten kan muligens komme av mangel på erfaring med denne ungdomsgruppen. Dette kan gi noen indikasjoner på at de ikke har nok opplæring eller veiledning om slike reaksjoner. Det som er viktig er at personalet er bevisst dem, og kan analysere sine egne reaksjoner. Hvis jeg skal driste meg til å sammenligne de emosjonelle reaksjonene til miljøterapeutene i arbeidet med ungdommer som selvskader og er suicidale, er det nærliggende å konkludere med at miljøterapeutenes forståelse av ungdom som selvskader innehar mye taus kunnskap, som ikke har blitt lært men erfart. Mens i arbeidet med ungdom som er suicidale, tolker jeg funnene til at de har behov for både opplæring og veiledning, men at den usikkerheten de føler kan komme av lite erfaring med denne problematikken.

6.1 Svakheter med denne undersøkelsen

Denne undersøkelsen har et lavt antall med deltakere som gjør det vanskelig å generalisere funnene. De deltakerne som har blitt intervjuet har en lang arbeidserfaring, og dette kan prege undersøkelsen, da det er mange som jobber på barnevernsinstitusjoner som verken er utdannet eller har like lang erfaring. Med min forskning får jeg undersøkt i dybden av et fenomen gjennom få deltakere. Det hadde vært interessant om det i fremtiden hadde blitt utført

liknende forskning men i en større skala som en kvantitativ metode kan bidra med. Da dette er en kvalitativ undersøkelse kan funnene gi noen indikasjoner, men er vanskelig å overføre gyldigheten og validiteten til andre fremtidige prosjekt.

Litteraturliste

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Anderson, Standen, P., & Noon, J. (2003). Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 587-597. doi:10.1016/S0020-7489(03)00054-3
- Anderson., M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour--a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6).
- Anderson., M., Standen, P., Nazir, S., & Noon, J. P. (2000). Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 1-11.
- Anderson., M., Standen, P. J., & Noon, J. P. (2005). A social semiotic interpretation of suicidal behaviour in young people. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 317-331. doi:10.1177/1359105305051418
- Anderssen, N. (1999). *Nedstemthet blant elever i 1. klasse i videregående skole : rapport fra en spørreundersøkelse i videregående skoler i Bergen sentrum*. Bergen: Universitetet i Bergen, HEMIL-senteret.
- Anderssen, N., & Steinan, M. J. K. (2004, 2004-12-10 - 2004-12-10). *Er Bergens ungdommer tristere enn før?* Konferanse. Forskningskonferansen 2004, Retrieved from Cistin database. Bergen.
- Backe-Hansen, E. (2011). Institusjonsplassering - siste utvei? : Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet. *21/2011*.
- Barnevernloven. (2017). *Lov 19. desember nr. 122 om barneverntjenester*. Barne-og likestillingsdepartementet.
- Bertolote, J. M., & Wasserman, D. (2009). Development of definitions of suicidal behaviours. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 87-90): Oxford University Press.
- Clausen, S.-E., & Kristofersen, L. B. (2008). Barnevernsklinter i Norge 1990-2005 : En longitudinell studie. *NOVA-rapport (trykt utg.)*, 3/2008.
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(5), 619-629. doi:10.1016/S0140-1971(03)00060-5
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Dickinson, T., & Hurley, M. (2012). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 147-158. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05745.x
- Dickinson, T., Wright, K. M., & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 947-951. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x
- Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*, 60(1), 23-31.
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under siege : Self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry* (3rd ed. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- FHI. (2017, 12.12.2017). Fakta om selvmord og selvmordforsøk. Retrieved from <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---fakta/>
- Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon. (2017). *Forskrift 1.desember 2017 nr.1904 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Gairin, I., House, A., & Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British journal of psychiatry*, 183, 28-33.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Goldstein, W. N., & Goldberg, S. T. (2004). *Using the transference in psychotherapy*. Lanham, Md: Jason Aronson.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi:10.1093/clipsy.bpg022
- Grøholt, B., Ekeberg, O., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (1997). Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide & life-threatening behavior*, 27(3), 250. doi:10.1111/j.1943-278X.1997.tb00407.x
- Handlingsplan. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading : 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. . *British Medical Journal*, 325(7374), 1207.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British journal of psychiatry*, 182, 537-542.
- Hem, E. (2012). Allianser og overføringer ved psykoterapi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 24-24.
- Hjelmeland, H., Espeland, B., & Småvik, R. (2014). Om undervisning i selvmordsforebygging ved relevante universitets- og høgskoleutdanninger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 348-357.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-Injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. doi:10.1080/13811110701247602
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.-M., & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Trondheim: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge–Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).
- Klonsky, E. D. M., J. Jennifer; Lewis, P. Stephen; Walsh Barent. (2011). *Nonsuicidal self-injury*. Cambridge, Mass: Hogrefe.
- Knutson, H. V. (2004). Motoverføring i individualterapi og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 804-809.
- Kristofersen, L. B. (2005). Barnevernbarnas helse : uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002. *NIBR-rapport (Oslo : 2002- : trykt utg.)*, 2005:12.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Landmark, A. F., & Stänicke, L. (2016). *Det uforståelige barnet : Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Stavanger: Hertervig forlag, Akademisk.
- Landmark., B., & Olkowska, A. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*(9), 52-59.
- Larsen, K. (2011). "Det verste som kan skje.....". Profesjonelles reaksjoner på selvmord hos pasienter. *RVTS Øst*.
- Larsen, K. (2015). "Bare gå og heng deg, din jævla dritt!". Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16(1). doi:10.5617/suicidologi.2070
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*(5), 60-62. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54066
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E., . . . Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508. doi:10.1007/s00787-011-0210-4
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(5), 625-633. doi:10.1001/archpsyc.1974.01760110049005
- McLaughlin, C. (1994). Casualty nurses' attitude to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1111-1118. doi:10.1046/j.1365-2648.1994.20061111.x
- Mehlum, L., & Sjøbu, A. (1999). *Tilbake til livet : Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Nasjonale retningslinjer. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Nordrum, I., Eide, T. J., & Jørgensen, L. (2000). Alcohol in a series of medico-legally autopsied deaths in northern Norway 1973-1992. *Forensic science international*, 110(2), 127. doi:10.1016/S0379-0738(00)00163-8
- NOU 2012:5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling : ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet : utredning fra utvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 18. februar 2011 : utgitt 6. februar 2012*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- NSSF. Faktaark om selvmord. Retrieved from [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvmord_2016\(1\).pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvmord_2016(1).pdf)
- NSSF. Faktaark om selvskading. Retrieved from <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvmord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvskading.pdf>
- Nygaard, C., Mogens. (1993). *Anbragte børns livsforløb : en undersøgelse af tidligere anbragte børn og unge født i 1967* (Vol. 93:11). København: Socialforskningsinstituttet.
- Ogden, T. (1979). *On projective identification* (Vol. 60). London: The International Journal of Psycho-Analysis.
- Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire design, interviewing, and attitude measurement* (New ed.). London: Pinter.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). *Selvmord : et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Rissanen, M., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2011). Self-mutilation among Finnish adolescents: nurses' conceptions. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 158-165. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01921.x
- Rossow, I. (2013). Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal atferd på individnivå: en oversikt. *Suicidologi*, 18(3), 3-9. doi:10.5617/suicidologi.2240
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- Stein, M. (2006). Research Review: Young people leaving care. *Child & Family Social Work*, 11(3), 273-279. doi:10.1111/j.1365-2206.2006.00439.x
- Suokas, J., Suominen, K., & Lonnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2008, Vol.62(2), p.144-146, 62(2), 144-146. doi:10.1080/08039480801983547
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, G.-R. B. (2015). Selvskading og selvmord ... ingen selvfølge. *Suicidologi*, 11(1). doi:10.5617/suicidologi.2314
- Timson, D., Priest, H., & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1307-1314. doi:10.1016/j.adolescence.2012.05.001
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 723-733. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01530.x
- Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 293-309. doi:10.1017/S1352465809005268
- WHO. (1998). Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42043/924154516X_eng.pdf?sequence=1
- WHO. (2018). Suicide. Fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- Wichstrøm, L. (2002). Ung i Norge. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 231-237.
- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 117-138): American Psychological Association.
- Ystgaard, M. (2015). Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi*, 8(2). doi:10.5617/suicidologi.1855
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 123(16), 2241-2245.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child*

Abuse Neglect: The International Journal, 28(8), 863-875.

doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.009

Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen.

Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45(8), 939-948.

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

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Barn og unge i en barnevernsinstitusjon»

Jeg heter Sara Grenabo og tar en erfaringsbasert masterutdannelse ved Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, ved nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging.

Bakgrunnen for mitt forskningsprosjekt er at det er en høy forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge som er plassert i barnevernsinstitusjoner. I en forskningsrapport fra 2015 utført av Kayed et.al., angis det at en stor prosent andel ungdommer som bor på en barnevernsinstitusjon sliter med psykiske lidelser og traumer. Det har fremkommet av andre forskningsprosjekter at psykiske lidelser er en risikofaktor for selvskading og suicidal atferd. Jeg ønsker i min masteroppgave å undersøke hva slags tanker og følelser som aktiviseres hos de som arbeider tettest med disse ungdommene og deres problematikk.

I den forbindelse ønsker jeg å intervju et utvalg av miljøterapeuter som jobber på en barnevernsinstitusjon for ungdommer. Jeg vil benytte meg av kvalitativ metode og et semistrukturert intervju. Det vil si at jeg vil spørre alle informantene om et fast sett med hovedspørsmål, samtidig vil intervjuet gi rom for oppfølgingsspørsmål ved behov.

Spørsmålene vil ta utgangspunkt i problemstillingen i masteroppgaven «Hvilke tanker og følelser som aktiviseres hos personalet som jobber tett på ungdommer med selvskading og suicidal atferd?»

Intervjuet vil ta ca en time, og det vil bli brukt en båndopptager og tatt notater underveis. Det er kun meg som skal behandle disse data, og de vil bli slettet etter ca. seks måneder. Alle informantene og institusjonen vil bli anonymisert. Personopplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i overensstemmelse med etiske hensyn og formelle krav. Dette er en frivillig studie, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har noen spørsmål til prosjektet, ta kontakt med meg på mail; saragrenabo@hotmail.com tlf; 92601223 eller veileder Kim Larsen mail; Kim.Larsen@so-hf.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Hvis det er mulig for deg ønsker jeg å gjennomføre intervjuene i løpet av oktober måned. Jeg tar kontakt med deg noen dager etter at du har mottatt denne forespørsel for å avklare en eventuell deltakelse og tidspunkt for intervjuet.

Med vennligst hilsen

Sara Grenabo

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

1. Erfaring

Har du noen erfaring med ungdom som selvskader på institusjonen?

Har du noen erfaring med ungdommer som har en antatt forhøyet selvmordsrisiko på institusjonen?

2. Forutsetninger

Hvilke forutsetninger tenker du at de som jobber på institusjonen har for å oppdage denne problematikken?

Hvem oppdager dette?

Hvordan jobber miljøterapeutene for å ivareta ungdommer som selvskader?

Hvordan jobber miljøterapeutene for å ivareta ungdommer som er suicidale?

Vet personalet hvilke uttrykk og risikofaktorer de skal se etter hos ungdom som selvskader?

Vet personalet hvilke uttrykk og risikofaktorer de skal se etter hos ungdom som er suicidale?

Hva tenker du er mulige årsaken til at ungdom selvskader?

Hva tenker du er mulige årsaken til at de ungdommer kan ha en forhøyet selvmordsrisiko?

Hva tenker du om spredningseffekt/smittefare blant ungdommer som bor på samme avdeling?

Hvordan tenker du det kan forebygges?

Hvilke styrker har du som jobber tett med de ungdommene?

Hvilke svakheter har du som jobber tett med de ungdommene?

3. Følelser/tanker

Har du noen tanker om hvordan det er å ha en åpen dialog om selvskading?

Har du noen tanker om hvordan det er å ha en åpen dialog om selvmord med ungdommene?

Hvilke tanker og følelser aktiveres i deg når du jobber tett på ungdommer som selvskader?

Hvilke tanker og følelser aktiveres i deg når du jobber tett på ungdommer er suicidale?

4. Opplæring/kompetanse/bakgrunn

Opplever du at du har tilstrekkelig opplæring og kompetanse på dette fagfeltet?

Fikk du en introduksjon av psykisk helse gjennom utdannelsen din?

Tenker du at det burde være en del av utdannelsen?

Hvordan tenker du at institusjonen kan forbygge selvskading?

Hvilke utfordringer har institusjonen i forebyggingsarbeidet?

Hvilken utdanning tok du?

Mann eller kvinne:

Hvor lang yrkeserfaring har du arbeidet på denne institusjon?

Har du arbeidet i andre sektorer av barnevernet tidligere?

Har du arbeidet i tilgrensede områder tidligere?

Er det noen spørsmål som du tenker jeg burde tatt med? Er det noe du vil tillegge?

Vedlegg 3



Kim Larsen
Sognsvannsvn 21, Bygg 12
0372 OSLO

Vår dato: 18.09.2017

Vår ref: 55802 / 3 / STM
Deres ref:

Deres dato:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

55802

Hva slags tanker og følelser som aktiviseres hos de som arbeider tettest med de ulike ungdommene og deres problematikk på en barnevernsinstitusjon

Behandlingsansvarlig

Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Kim Larsen

Student

Sara Teresia Grenabo

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Oslo sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjon må minst omfatte:

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

- at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.04.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren
Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

