

PÅ tynn i s

Hvordan kan undervisning og veiledning knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid bidra til å styrke sykepleierstudentens handlingsberedskap i møte med det selvmordstruede menneske?

Prosjektoppgave ved Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid,
Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo 2003

Kirsten Eika Amsrud

(17 975 ord)

Sammendrag

Hensikten med studien har vært å belyse valgt problemstillingen;

”Hvordan kan undervisning og veiledning knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid bidra til å styrke sykepleierstudentens handlingsberedskap i møte med det selvmordsnære menneske?”

Egen forforståelse ga studien overskriften *”På tynn is”*, og er knyttet til mangeårig klinisk erfaring med selvmordsnære pasienter og undervisning og veiledning av studenter.

Det er valgt en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Dette harmonerer med forståelsen av sykepleie som en mellommenneskelig prosess, og med de dype eksistensielle spørsmål som knytter seg til fenomenet selvmord. Studien er av kvalitativ art. Valgte metoder er intervju og litteraturstudium.

Funn understreker hvor krevende møtet med den selvmordsnære er for sykepleierstudenten, og reiser viktige spørsmål knyttet til tilrettelegging av undervisning og veiledning.

Nøkkelord: selvmord, sykepleierstudent, psykiatrisk sykepleie, undervisningsopplegg

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	5
1.2 Problemstilling, utdypning og avgrensning.....	6
1.3 Struktur.....	8
2.0 Teoretisk overbygning.....	8
2.1 Hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapssyn.....	8
2. 2 Selvmord som fenomen.....	10
2.2.1 Definisjoner.....	11
2.2.2 Selvmord – omfang og utsatte grupper.....	13
2.2.3 Årsaksteorier.....	13
2.2.4 Selvmordsprosessen.....	15
2.2.5 Forebygging og intervensjon.....	17
2.3 Sykepleie.....	18
2.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	20
2.4 Kompetanse.....	21
2.4.1 Kompetansetrekanten.....	22
2.4.2 Kompetanseutvikling – fra novise til ekspert.....	23
2.4.3 Kompetansebegrepet i sykepleierutdanningen.....	24
2.5 Undervisning og veiledning.....	25
2.6 Oppsummering pkt. 2.0.....	26
3.0 Metode	
3.1 Generelt om metode.....	26
3.1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av metode.....	26
3.1.2 Kvalitativ versus kvantitativ forskningsmetode.....	27
3.2 Intervju.....	28
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	28
3.2.3 Informasjon om utvalget.....	28

3.2.3 Planlegging og gjennomføring av intervjuet.....	29
3.2.4 Bearbeiding og analyse av intervjuet.....	29
3.2.5 Etiske refleksjoner.....	30
3.3 Litteraturstudium.....	31
3.3.1 Gjennomføring av litteraturstudium.....	31
3.3.2 Bearbeiding av funn.....	31
3.4 Metodekritikk.....	31
3.5 Oppsummering pkt. 3.0.....	32
4.0 Presentasjon av funn.....	32
4.1 Intervju.....	32
4.1.1 På tynn is.....	32
4.1.2 Bristepunkter.....	33
4.1.3 Bærekvaliteter.....	36
4.1.4 Plattformen.....	37
4.2 Litteraturstudie - funn.....	38
4.3 Oppsummering pkt. 4.0.....	40
5.0 Drøfting av funn.....	40
5.1 Innledning.....	40
5.1.1 På tynn is.....	41
5.1.2 Bristepunkter.....	43
5.1.3 Bærekvaliteter.....	47
5.1.4 Plattformen.....	50
5.2 Oppsummering pkt. 5.0.....	56
6.0 Konklusjon.....	56
 Referanser.....	 59
Selvalgt litteratur.....	65
Obligatorisk pensum.....	67
Vedlegg.....	69

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Sykepleierstudentens hverdag preges av daglige møter med mennesker hvis helse – og ikke sjelden liv – er truet. I dette ligger utfordringer på det relasjonelle plan. Utfordringene spisses i møte med selvmordsatferd. Dette er et møte med håpløsheten, den eksistensielle nøden, egen angst, avmakt og mulige død.

”Jeg kjente det knøyt seg skikkelig i magen, det gikk et grøss nedover ryggen og jeg fikk ”gåsehud”. Det streifet en del tanker rundt i hodet på meg...tenk hvis...Tenk hvis hun faktisk hadde gjort det? Hva da?”

Slik ordlegger en student seg etter en tur med en pasient som først i ettertid fortalte om sine suicidale tanker og planer. Hun fortsetter; *”jeg synes dette er et veldig vanskelig tema å prate om”*.

I spenningsfeltet mellom egne følelser og pasientens overveldende smerte og håpløshet skal studenten forsøke å finne fotfeste midt i egne følelser og reaksjoner, og samtidig fremstå som hjelper. Slik utfordres kunnskaper, ferdigheter, følelser og holdninger. Knuten i magen kan tolkes på ulike vis; Kanskje har studenten vonde erfaringer fra sin personlige livsverden som reaktiveres og forsterkes i møte med pasienten. Kan hende kjennes ansvaret for tungt, kunnskaper og ferdigheter utilstrekkelige og hjelpeløsheten og angsten overveldende. Å avklare egen rolle og kompetanse krever innsikt og mot, og kan utfordre forventninger fra praksisfeltet. Kan hende har utdanningen i større grad oppdratt til ”å gjøre” enn ”å være”? Hva da når ingen tiltak synes å hjelpe og bare døden fremstår som løsning? Hvordan utvikles den type kompetanse som i følge Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen (2000, s. 9) *”kjennetegnes av evne og vilje til å etablere, gjennomføre og være utholdende i mellommenneskelige forhold”*?

Hva kalles den form for kompetanse som også innebærer evnen til å romme døden som mulighet?

”Tenk hvis hun faktisk hadde gjort det? Hva da?” Hvilken ballast er nødvendig for å tåle en slik tanke eller enda verre; hendelse?

De siste årene har jeg undervist og veiledet sykepleierstudenter i psykiatrisk praksis. Dette og 15 års klinisk erfaring som psykiatrisk sykepleier, har gitt meg verdifulle innblikk både i den suicidale pasientens prosess, og i studentens livsverden og prøvende skritt i møte med

mennesker som ikke orker livet. Ofte kjenner jeg meg berørt og beveget av studentenes fortellinger fra sine møter med pasientene. Det mot og den vilje de viser til å arbeide med seg selv og de vanskelige utfordringene vekker dyp respekt;

”Jeg pratet med pasienten om det som hadde hendt...syns det er vondt og vanskelig å se at noen har så mye smerte og vite at det er så lite som hjelper av det en sier.

Allikevel så var det kanskje noe av det jeg sa som kanskje hjalp bitte lite grann akkurat der og da.. Det er vanskelig å si. Men da jeg nevnte mannen og dyra hennes takket hun for at vi minnet henne på det. Og det er jo det som blir viktig også, å minne på at det finnes andre alternativer – og at andre bryr seg om hvilket valg hun tar” (Sitat fra en students praksisrefleksjoner)

Hvordan kan slike erfaringer bearbeides og knyttes til en klargjørende forståelse i retning faglig og personlig vekst? Hvilke byggesteiner er nødvendige for å skape en tryggere plattform i møte med suicidale uttrykk? Hvert år sendes hundrevis av nyutdannede sykepleiere ut på ulike arenaer i helsevesenet. I løpet av sin karriere – og sitt privatliv - møter hver enkelt av dem både risikogrupper og enkeltpersoner som er selvmordstruet. Det er en utfordring for sykepleierutdanningen både å ruste studentene til å møte den selvmordstruede pasienten, og å bevisstgjøre det forbyggende potensial i sykepleierrollen.

1.2 Problemstilling, utdypning og avgrensning

Valgt problemstilling er:

Hvordan kan undervisning og veiledning knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid bidra til å styrke sykepleierstudentens handlingsberedskap i møte med det selvmordstruede menneske?

Studentens egne opplevelser, forståelse og meningsdannelse i møte med selvmordsatferd vil være et utgangspunkt for pedagogisk tilnærming. Å søke denne innsikten er en viktig underproblemstilling. Et annet aspekt er å sette metoder for undervisning og veiledning i dialog med forståelse og kunnskap knyttet til fagområdet suicidologi. Jeg vil arbeide mot en konkret og praktisk forståelse av hva det betyr å styrke studentens handlingsberedskap i møte med selvmordsatferd. Denne intensjonen bunner seg i min erfaring og forforståelse knyttet til studenters samhandling med selvmordsnære pasienter;

Min for forståelse er at studentene har både engasjement og vilje til omsorg i de vanskelige møtene, men også usikkerhet, angst og bristende kunnskaper og ferdigheter. Mitt anliggende er å finne tilnærminger som kan trygge i forhold til opplevde bristepunkter, avdekke og styrke bærekvaliteter og løse studentene fra tynn is til tryggere grunn.

Oppgavens problemstilling rommer mange viktige begrep. Dette har tvunget meg til edruehet når det gjelder teoritilfang. Studiens forankring i det suicidologiske fagfelt begrunner og forsvarer at teorigrunnlaget har sitt tyngdepunkt nettopp knyttet til dette. Når det gjelder sykepleiefaget har jeg først og fremst villet utdype en forståelse som harmonerer med de eksistensielle spørsmål knyttet til fenomenet selvmord. Dermed har det vært viktig å vektlegge praktiske ferdigheter. Omsorg uttrykt i konkrete, ivaretagende handlinger kan lindre og dempe psykisk smerte og initiere håp (Martinsen 2001, Talseth 2001). Forståelse av kompetansebegrepet er valgt med tanke på å romme det relasjonelle så vel som den praktiske utøvelsen.

Teoritilfanget knyttet til begrepene veiledning og undervisning er kort i kapittel 2, men utdypes i drøftingsdelen. Dette er et bevisst valg; dels med tanke på begrensning, dels fordi jeg i arbeidet med drøftingen erfarte betydningen av å knytte disse begrepene (forstått som redskaper) så nært og praktisk som mulig til refleksjoner, forståelse og fortolkning.

I den hermeneutisk pregede prosessen med de ulike deler og helhet har jeg erfart et stadig behov for ny og utvidet fordypning og forståelse. Dette har vært en viktig læringsprosess, men også krevende i forhold til begrensninger.

Mitt overordnede mål har vært en praktisk tilnærming til problemstillingen – solid forankret i det suicidologiske fagområde. Dette kan ha ført til at andre viktige perspektiv og spørsmål kan være utelatt eller utilstrekkelig behandlet.

De ulike begrepene i problemstillingen presiseres og utdypes i teorikapitlet. Av praktiske hensyn benevnes pasienten generelt som ”han” og studenten som ”hun”. Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen (2000) kalles heretter ”Rammeplanen”. Begrepet ”handlingsberedskap” knytter seg nært til ”handlingskompetanse”. Nyanser og sammenheng avklares under pkt. 2.4.2.

Studenten i intervjuet omtales under navnet Mari. Det er et oppdiktet navn.

1.3 Struktur

Oppgaven består av 6 kapitler. I det første redegjøres for valg av tema og problemstilling, intensjon med oppgaven og nødvendige avgrensninger. Kapittel 2 presenterer teori først på et overordnet nivå, dernest direkte knyttet til aktuelle fenomener og begreper. Tredje kapittel beskriver og begrunner metodevalg. Kapittel 4 inneholder presentasjon og analyse av funn, mens kapittel 5 rommer drøfting av funnene i lys av teoretisk forståelse og fortolkning. I kapittel 6 oppsummeres arbeidet med oppgaven. Her settes også lys på utfordringer og mulige konsekvenser av studien.

2.0 Teoretisk overbygning

2.1 Hermeneutisk - fenomenologisk vitensskapsyn

Valget av en hermeneutisk - fenomenologiske tilnærming som teoretisk overbygning henger sammen med forståelsen av sykepleie som en mellommenneskelig prosess (Travelbee 1999)

Det betyr av sykepleie har å gjøre med forhold som ikke kan kvantifiseres, men som ikke desto mindre er av stor betydning og kaller på ny kunnskap og en dypere innsikt.

I følge Nerheim (1995) rommer vår tids fremvekst av en ny og utvidet modell for forståelse av helse og sykdom, også en opptatthet av menneskets egen livsverden. Dette forsvarer betydningen å nærme seg forskning måter på som ivaretar et slikt fokus, og som lar seg forene med humaniora og egenarten i sykepleie – slik den hermenutisk-fenomenologiske tilnærmingen gjør. Denne oppgavens anliggende er møtet med den suicidale slik sykepleierstudenten erfarer det. En slik kontekst gjør begreper som forståelse og mening sentrale.

Hermeneutikken

Ordet hermeneutikk betyr egentlig tolkningslære eller tolkningskunst. Til forskjell fra naturvitenskapen som retter søkelyset på årsaksforklaringer, det generelle og det lovmessige, vil hermeneutikken strebe mot forståelse, mot det individuelle og unike (Nåden og Braut 1992). Hermeneutikken vil ”*hjelp oss med å forstå hva vi forstår, og hvordan vi gir verden mening.*” (Thornquist 2003, s. 139). Et viktig poeng er at all forståelse samtidig er momentan og betinget av fortid og framtid; Slik vil både vår forståelse av fortid og av fremtidens prosjekter bidra til å strukturere den momentane forståelse. Forståelsen av fortiden er omskiftelig. Forståelsen av fremtiden er preget av øyeblikket.

Gadamer – som regnes som den fremste talsmann for den filosofiske hermeneutikk - var opptatt av å redegjøre for *betingelsene* for forståelse, nemlig forforståelse, fordommer og forståelseshorisont. Vår forståelse er preget av forforståelse og fordommer. Man kan kun være ”tilnærmet objektiv” ved først å bevisstgjøre fordommene (Nåden og Braut 1992)

”Den nye sannhet integreres i forståelsen ved å gå veien om fordommen: det er gjennom fordommen at sannheten får en relevans som slipper den inn i personligheten – selv om resultatet er at fordommen må forandres” (Nerheim 1995, s. 276)

Dette leder oppmerksomheten til den ”hermeneutiske sirkel”; ”en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i et forsøk på å forstå begge deler best mulig” (Thornquist 2003, s.142). Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirkes vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen vil kaste nytt lys over delene som derfor kan forstås på en annen måte. Dette igjen vil påvirke helhetsforståelsen. Forståelsen forgår i et horisont-perspektiv;

”Horisont (eller bakgrunn) er mengden av de oppfatninger og holdninger som vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har vår oppmerksomhet rettet mot” (Føllesdal et al, 1990, s. 51)

I dette ligger erkjennelsen at vi ikke møter verden som ubeskrevne blad, men at våre ubevisste ”horisonter” er betydningsfulle for forståelse og tolkning;

”Man må lære seg å se utover det som er ’nærmest for hånden’ – ikke for å se bort fra det – men for å se bedre innefor en kontekst eller en større helhet” (Hummelvoll og Barbosa da Silva 1996, s 27)

Bare når de ulike horisonter smelter sammen kan forståelsesprosessen fullendes. I denne sammensmeltningen kan for eksempel møtet med andres horisont utfordre egne fordommer og skape muligheter for korreksjon av forutinntatte meninger og dermed bevegelse.

Fenomenologien (grunnlagt av Edmund Husserl, 1859-1938)

Ordet ”fenomen” betyr saken slik den viser seg. Et fenomenologisk perspektiv innebærer en vending ”zu den Sachen selbst” (Dahlberg et al 2001, s.23). ”Sakene selv” er å forstå som menneskelige fenomen som for eksempel smerte, sorg, lidelse, omsorg og respekt (Nåden og Braut, 1992). I denne studien er ”saken” sykepleierstudentens møte med den selvmordsnære. Bø (1996) fremhever den betydning økt kunnskap om menneskelige fenomener som for

eksempel som smerte, ensomhet og lidelse har for sykepleien. Hvis vi vil vite noe, må vi gå til fenomenene, til den levde erfaring. Dette krever åpenhet, følsomhet, sensibilitet og bevissthet om egen forforståelse – ellers hindres man i å fange inn alle sidene. Fenomenologien kan beskrives som en erfaringsfilosofi. Erfaringen og livsverdenen er to sider av samme sak.

Begrepet livsverden er hentet fra Husserl ("Lebenswelt"), Habermas ("livsverden"/"systemverden") og Heidegger ("In der welt sein"). Husserl(1989) hevdet at all mening har sitt opphav i livsverdenen. Slik fremtrer det å utforske livsverdenen – å gi den et teoretisk uttrykk – som en vitenskaplig oppgave.

Harder (1990, i Jensen et al, s.177) fremhever nettopp verdien av kunnskapsutvikling knyttet til *"pasientens verden og den kliniske sykeplejes verden"*. Hun hevder at praksisdisiplinen sykepleie passer som hånd i hanske til fenomenologien hvis anliggende som metode nettopp er å beskrive opplevelser og erfaringer

Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996, s.25) oppsummerer begrepet livsverden som

"den erfarings- og opplevelsesverden hvori et menneske lever sitt daglige liv, og som er formet av dets tidligere og aktuelle opplevelser, og som gjør det mulig å tolke dets eksistens".

Den selvmordstruedes livsverden kjennetegnes av eksistensiell nød. Følelser av hjelpeløshet, ensomhet og verdiløshet er vanlige (Vråle, 2000 b). Kunnskap og forståelse om fenomenet selvmord vil styrke beredskapen til å gå inn i disse vanskelige møtene.

2.2 Selvmord som fenomen

Av alle dødsårsaker er kanskje selvmordet den vanskeligste å forholde seg til. For de fleste av oss fortøner døden seg som en trussel. Den vekker angst og uro og rører ved dype eksistensielle spørsmål. Hvordan kan vi forstå dem som selv velger døden?

Kan vi omtale det som et valg? Hva kommuniserer denne ensomme og fatale handlingen?

Har et menneske rett til å ta sitt eget liv? På hvilket grunnlag kan vi kreve av en annen å fortsette et liv han eller hun ikke orker? De spørsmål og paradokser selvmordsproblematikken rommer, viser fenomenets kompleksitet.

Aktuell litteratur inneholder mange og ulike definisjoner av begrepet selvmord. Forståelsen av fenomenet avspeiles i måten det søkes presisert og beskrevet på;

"Både självmordsbeteende som språk och vårt språk om självmordsbeteende har växt fram under många århundraden. De är försök att språklig uttrycka näst intill ofattbara fenomen."
(Beskow i Amundsen et al, 2001, s. 13)

Ulike definisjoner avslører noe av den eksistensielle og filosofiske forståelse som ligger i bunnen. Slik synliggjøres ulike oppfatninger av årsaksforhold. Også ordene vi velger når vi omtaler fenomenet, sier noe om vårt syn på fenomenet. Ordet selvmord (av latin; suicidium; ”sui” = seg selv og ”caedere” = å drepe) betyr å drepe seg selv. Hammerlin (1994) bruker uttrykket ”å bryte livet”, og peker på den sammenheng personen står i; nemlig livet med alt det innebærer av relasjoner, sammenhenger og forpliktelser. Hans utgangspunkt for forståelse er et virksomhetsperspektiv. Andre kjente begrep er ”å ta sitt eget liv”, eller som det av og til står i dødsannonser; ”han orket ikke å leve” eller ”hun valgte å avslutte livet”. Bevisstgjøring av egen forståelse er viktig med tanke på hvordan og med hvilket perspektiv jeg går inn i møtet med den selvmordstruede.

2.2.1 Definisjoner

Å gi en entydig definisjon av begrepet selvmord har vist seg vanskelig. Det knytter seg store utfordringer til spørsmålet om intensjon hos avdøde. Mehlum (1999 a) påpeker at klinisk erfaring tilsier stor variasjon hos selvmordere når gjelder forventninger til utfall av handlingen. Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon forutsetter en klar intensjon om dødelig utfall:

”Selvmord 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 avdøde ønskede forandringer”(Mehlum 1999 a, s.22)

En annen definisjon er Stengels;

”Selvmord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden” (i Retterstøl et al s.12)

Her tar man ikke stilling til om avdøde forventet å dø, men formidler klart at de selvdestruktive kreftene er potensielt dødelige. Om atferden kan avgrenses til en bevisst og villet handling er et spørsmål.

I tråd med studiens fokus og tilnærming er Edwin Shneidmans (1994) definisjon spesielt interessant – særlig med tanke på de karakteristika ved selvmordsatferd han knytter til sin forståelse (” the ten commonalities”).

”Currently in the Western world, suicide is a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution”

Vråle (2000 b) understreker den ambivalens som er knyttet til selvmordshandlinger, og viser til at den største gruppen av dem som overlever et selvmordsforsøk senere ikke begår selvmord. I tillegg vet vi at tilfeldigheter kan avgjøre om vedkomne dør eller overlever. Alt dette er forhold som skaper behov for en definisjon som *”gir begrepet et mest mulig meningsfylt innhold og en god beskrivelse av fenomenets vesen.”* (Mehlum 1999 a, s.22) For å gjøre en slik definisjon anvendbar i forskningsøyemed, kreves imidlertid utarbeidelse av avgrensede og identifiserbare mål for det aktuelle fenomen – for eksempel ved bruk av inklusjons – og eksklusjonskriterier. Fremdeles gjenstår en rekke utfordringer med hensyn til definisjoner av begrepet selvmord. Slik det nå er, vil ulike definisjoner i ulike land skape vansker når det gjelder kartlegging av omfang og sammenlikning av data.

Det brukes ulike begrep om suicidal atferd som ikke ender med døden. Blant disse er selvmordsforsøk, selvpåførte skader og parasuicid. Retterstøl et al (2002, s.13) gir flere eksempler på definering av selvmordsforsøk, for eksempel denne:

”Selvmord er villet egenskade som ikke fører til døden, men der en viss intensjon om å dø har vært til stede

Shneidmann (1994) bruker begrepet selvmordsforsøk bare når handlingen åpenbart var ment å føre til døden, og parasuicid der det egentlige målet ikke er døden. Hjelmeland (I: Mehlum (red) 1999) viser til at begrepene selvmordsforsøk og parasuicid brukes om hverandre, og at avklaring av begrepsbruk og definisjoner er viktig med tanke på forskning.

Selvmordsatferd kan i videste forstand sies å være alt fra selvmordstanker til det gjennomførte selvmord. Dette spennet rommer ulike ytringer (som planer, trusler og forsøk) og varierende alvorlighetsgrad.

2.2.2 Selvmord – omfang og utsatte grupper

Årlig dør 5-600 mennesker (mørketall unntatt) av selvmord i Norge (Retterstøl et al 2002). De siste tilgjengelige tall (2001) viser en rate (antall pr. 100 000) på 12.2 (Statistisk sentralbyrå). Det er dobbelt så mange som antall døde i trafikkulykker (Retterstøl et al 2002).

Slik framstår selvmord som et folkehelseproblem – og en utfordring på det samfunnsmessige plan når det gjelder forebygging og opplysning. Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord (2000-2002) lanserte følgende satsingsområder i prosjektperioden:

- barn og unge
- etterlatte ved selvmord
- arbeidsplassen
- eldre
- homofile og lesbisk situasjon

Økt risiko for selvmord/selvmondsatferd knytter seg spesielt til tidligere selvmordsforsøk, rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser som depresjoner, personlighetsforstyrrelser og schizofreni (Haukø og Ystgaard 1998; Mehlum 1999 a).

Generelt kan årsakssammenhenger knyttet til fenomenet selvmord forstås og forklares på ulike måter.

2.2.3 Årsaksteorier

Særlig den sosiologiske forskning har vært opptatt av risikofaktorer på det samfunnsnivå.

Emil Durkheim lanserte i sitt klassiske verk "Selvmordet" (2001) begreper som fortsatt har aktualitet. Med sin oppfatning av samfunnet som et moralsk fellesskap, oppfattet han selvmordsproblematikken som nært knyttet til det siviliserte samfunns dype kriser.

Kartleggingen av sosiale faktorer som bestemmende for selvmordshyppigheten ledet Durkheim til å inndele selvmord i fire hovedtyper;

- det egoistiske selvmord – individet lever avsondret fra samfunnet og får av den grunn sin livsvilje svekket
- det altruistiske selvmord som kjennetegnes ved at individet i for sterk grad integreres i fellesskapet
- det anomiske selvmord – individet bukker under i et formløst og normforvirrende samfunn
- det fatalistiske selvmord som skyldes underkastelse under altfor strenge regler

(Mehlum og Hytten, 1999 b)

En annen sosiologisk teori er virksomhetsteorien som er marxistisk inspirert. Den har vært utgangspunkt for blant andre Hammerlin og Enerstvedt (1988) og Hammerlin og Schjeldrups (1994) arbeider om selvmord.

Selvord kan også forstås psykologisk; Den amerikanske suicidologen Edwin Shneidman (1994) benytter seg av kognitive teori, og tenker seg udekkede psykologiske behov som årsak til selvmordshandlinger. Tilstanden preges av uutholdelig psykisk smerte, håpløshet, hjelpeløshet og innskrenket tenkning (kognisjon). Selvmordet fremstår til slutt som eneste mulige fluktvei. Shneidman (1994) utarbeidet ”10 common characteristics” knyttet til sin definisjon og forståelse av fenomenet:

”The 10 commonalities answer the key question: What are the interesting, relevant common dimensions of committes suicid? They are what suicid is. They tell us what suicid is like in the inside, and what is sensibil about it to the person who does it at the monment of its doing.” (Shneidman, 1994, s.121)

Disse kjennetegnene knyttes til ulike aspekt:

Situasjonelle aspekt	Viljesstyrte aspekt	Affektive aspekt	Kognitive aspekt	Relasjonelle aspekt	Trekk knyttet til selvmords-atferd
1 Det vanligste stimulus ved selvmords-atferd er uutholdelig psykisk smerte	3 En sentral hensikt bak selvmords-atferd er problem-løsning	5 Den vanligste følelsen ved selvmords-atferd er håpløshet/hjelpeløshet	7 Den vanligste kognitive forstyrrelsen ved selvmords-atferd er innsnevring	8 Vanligvis er det mellom-Menneskelige aspekt ved selvmord knyttet til kommunikasjon (de fleste selvmord varsles)	10 Vanligvis er selvmords-atferd knyttet til livslange atferds-mønster
2 Den vanligste stressor ved selvmords-atferd er udekkede psykologiske behov	4 Målet ved selvmord er opphør av lidelse, slutt på plagsomme tanker, opphør av bevissthet, noen ganger som en pause – ikke nødvendigvis å dø	6 Den vanligste holdningen ved selvmords-atferd er ambivalens		9 Den vanligste intensjon ved selvmord er flukt (utgang)	

(Shneidman (1985); Schjelderup I: Mehlum (red) 1999 ; Retterstøl et al 2002)

En viktig klinisk utfordring er å ”svare” på de utfordringer denne tenkningen reiser.

Den kognitive forståelsens styrke ligger i å lede hen til praktiske tilnærminger i et behandlingsperspektiv. Eksempel på prosjekter forankret i Shneidmans tenkning er ”Aker-modellen” (Schjelderup I: Mehlum (red) 1999).

Når det gjelder årsaksforståelse på et overordnet plan er det en utfordring ikke å løsrive eller sette ulike teorier opp mot hverandre:

”Like lite som sosiologiske teorier og beskrivelser alene kan gi en uttømmende forklaring på selvmord og endringer i selvmordsraten, kan psykologiske modeller gjøre det. Både i sitt opphav og i sine konsekvenser har selvmord stor betydning i et individuelt perspektiv og i en sosial ramme. Slik sett er sosiologisk teori og psykologiske forståelsesrammer to sider av samme sak og bør ikke løsrives fra hverandre”. (Mehlum og Hytten, I: Mehlum 1999 b, s. 67)

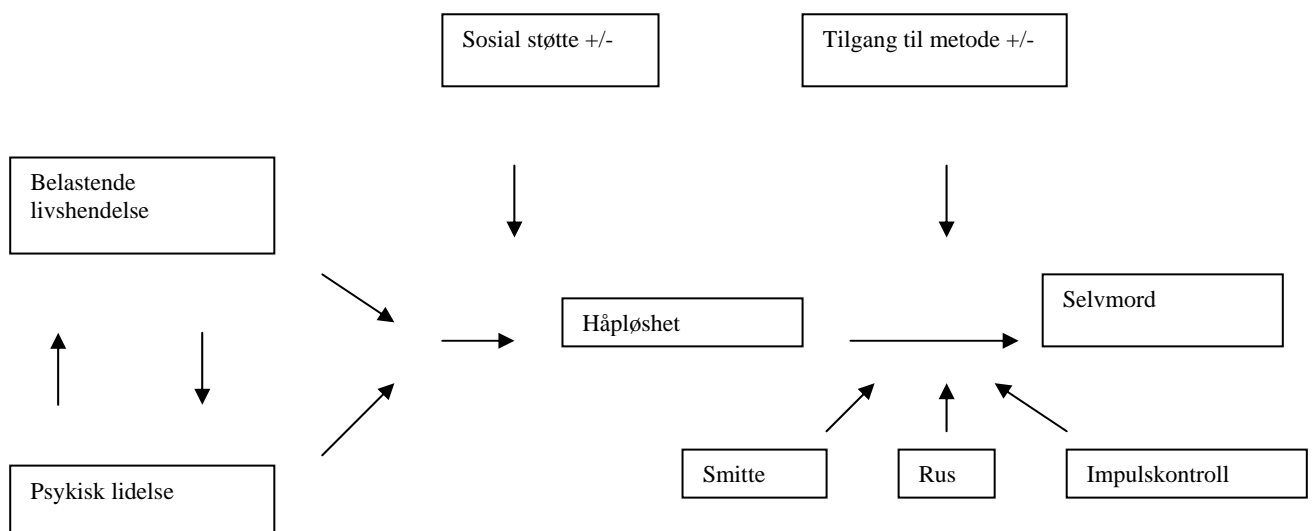
Schjelderup (i: Mehlum et al 1999) peker på at sykepleiere ofte gjør seg bruk av en eklektisk tilnærming. Det harmonerer med kompleksiteten i problematikken og tilpasning til personlige møter. En overordnet teoretisk forankring vil være nødvendig og viktig for å unngå at tiltak blir tilfeldige og uten stabil retning. Teorier skal legge føringer på praksis.

2.2.4 Selvmordsprosessen

Utviklingen fra tanker om selvmord til fullbyrdet handling foregår over kortere eller lengre tid, men må alltid forstås som en prosess bestående av ulike og samvirkende faktorer.

Prosessen kan i perioder være skjult (tanker, følelser, fantasier) og i andre perioder synlig i form av selvmordshandlinger (Retterstøl et al 2002, Vråle 2000 b) .

Et selvmord har dype røtter i fortid og nåtid. Mehlum (forelesning, 02.02.2002) har tydeliggjort kompleksiteten og faktorenes innbyrdes samvirke:



Illustrasjonen favner hele selvmordsprosessen og gir forståelse av risikomomenter og muligheter i et samvirke. Avhengig av belastninger og personlige og ytre ressurser vil selvmordsprosessen gå til det punkt der enten alternative løsninger kommer til syne eller til det fatale endepunkt; selvmordet.

I denne tilnærmingen ligger også forebyggende muligheter på ulike plan. Trinnene i selvmordsprosessen synliggjøres over tid i atferd/ytringer hos den selvmordstruede:

- tanker om døden/best å være død
- tenker på selvmord
- planlegger selvmord
- snakker om å dø
- gjør forberedelser (skriver brev, tar avskjed, gir bort eiendeler)
- selvmordsforsøk eventuelt selvmord

(Forelesning, Lars Mehlum, 25.04.2002)

Det er viktig å skille mellom utløsende faktorer og motiv. Utløsende faktorer kan være dråpen som får begeret til å renne over, eller den lille tuen som velter det store lasset. De vanligste utløsende faktorer er;

- mellommenneskelige konflikter
- brudd i kjærlighetsforhold
- eksistensielle spørsmål
- problemer (skuffelser, nederlag) i forhold til arbeid, studier, økonomi
- kriminell atferd, lovbrudd, straff
- tap

(Haukø og Ystgaard 1998)

Fasene som går forut for et selvmord, kalles gjerne det presuicidale syndrom (Ringel i: Retterstøl et al 2002):

- Innsnevring og isolasjon
- Aggresjon med ulike utslag
- Flukt fra virkeligheten

Kunnskap om og forståelse for selvmordsprosessens kompleksitet og karakteristika danner plattform for forebygging og intervensjon.

2.2.5. Forebygging og intervensering

Forebygging forgår både i form av

- primærforebyggende tiltak (lavrisikotiltak) som henvender seg til folk flest. Eksempel er generelle helse – og folkeopplysningsprogrammer. Primærforebyggende tiltak vil ha fokus på hva som kan hindre at selvmordsproblemer oppstår.
- sekundærforebygging er tiltak eller behandling i forhold personer eller grupper som er spesielt utsatt i forhold til å utvikle selvmordsproblematikk.
- tertiærforebyggende tiltak rettes direkte mot personer med en aktuell selvmordsproblematikk. Tilnærming nyanseres i forhold til behov, og varierer fra tiltak rettet mot livstruende kriser (fotfølging/fastvakt/døgnskuttet tilsyn) og til ulike former for støtte gjennom avtaler og samtaler med varierende hyppighet og varighet

(Vråle 2000 b; Haukø/Ystgaard 1998)

Intervensering er avhengig både av den fase i forløpet personen befinner seg, og av kontekst. Det er bokstavelig talt livsviktig at suicidale signaler og ytringer identifiseres og tas dypt alvorlig. Dette krever at hjelperen sørger for at det blir gjort en faglig forsvarlig vurdering av selvmordsfare, og at hjelp, oppfølging og behandling tilbys. Sykepleierstudenter i psykiatripraksis møter selvmordsnære personer. Arbeid på dette planet krever særlig kunnskap og forståelse for selvmordsprosessen og utviklingstrinnene i denne, utløsende faktorer og det presuicidale syndrom. Det er også nødvendig å avlive myter knyttet til selvmordsatferd – som at den som snakker om å ta livet sitt ikke vil komme til å gjøre det (Retterstøl 1995). Et omsorgsfullt, lyttende nærvær er avgjørende for etablering av kontakt med den selvmordsnære. Ofte er følsomheten for avvisning sterk. Møtet er belastende for hjelperen, og kan vekke både angst, hjelpeløshet og sinne. Å romme både pasientens og egen smerte er en krevende utfordring (Mehlum 1999 c; Vråle 2000).

Noen prinsipper for tilnærming kan sies å være generelle. Disse betegnes gjerne som gode førstehjelpsregler:

- *vær oppmerksom, se etter faresignaler*
- *ta faresignaler alvorlig*
- *bry deg, vær tilgjengelig, gi støtte*

- *spør direkte: "Tenker du på å ta livet av deg?"*
- *snakk åpent, ikke indirekte eller i gåter. Gi ingen løfter om taushet*
- *lytt, la andre fortelle om hvordan det føles, godta følelsene, ikke fordøm eller moraliser*
- *prøv å forstå og evt. gi uttrykk for at du forstår eller ønsker å forstå hvordan den andre føler det*
- *vær sparsom med formaninger og gode råd*
- *pek på at det vonde tar slutt, og at det er mulig å få hjelp*
- *grip inn øyeblikkelig dersom du mener det er påkrevd*
- *trygg situasjonen til andre kan overta*
- *fjern våpen og farlige medikamenter*
- *skaff profesjonell hjelp*

(Mehlum, 1999 d, s. 139)

Å arbeide med tertiærforebyggende tiltak utfordrer både kunnskap, holdninger og ferdigheter – og det skaper sterke følelser. Den grad av ytre kontroll som må brukes i møte med akutte selvmordskriser, medfører utfordringer også på det etiske plan.

Dette er utfordringer som krever bevisstgjøring knyttet til forankring og utøvelse av sykepleie.

2.3 Sykepleie

Som tjeneste er sykepleien svært gammel. Til alle tider har det vært ytt hjelp til pleietrengende ut fra et tjeneste- og omsorgsideal. Som yrkesutdannelse har sykepleien eksistert siden Florence Nightingale etablerte den første sykepleierskole i London i 1860. Sykepleiefaget har gjennom tidene blitt påvirket av ulike teoretiske og filosofiske retninger. Medisin, psykologi, sosiologi og pedagogikk har vært viktige kilder til kunnskap. Den sterke tilknytningen til naturvitenskapen har fulgt som en naturlig konsekvens av fagets fokus på syke mennesker. I midten av forrige århundre startet en fremvekst av sykepleieteorier som i løpet av noen tiår ledet hen til forståelsen av sykepleie som et eget fag. Utviklingen hadde dels sin rot i en stigende frustrasjon over det naturvitenskaplige paradigmes noe ensidige dominans, dels i misnøye med sykepleiens kvalitet. Spørsmål knyttet til teoriutvikling – nødvendighet, karakteristika, grunnlag og om og hvordan sykepleie kunne

anerkjennes som et eget fag – kom sterkt i fokus. Utviklingen av sykepleie som egen vitenskap tok for alvor til på 1980-tallet. Den er fortsatt i sin begynnelse.

Den finske professoren Katie Eriksson (1986) beskriver kunnskapsinnholdet i sykepleien ved hjelp av fire nivåer.

Hummelvoll (1997, s.23) referer dette skjematisk:

Nivå	Mål
1 Metateortisk nivå Sykepleievitenskapens vitenskapsteori	Å utvikle sykepleievitenskap
2 Teoretisk nivå Sykepleievitenskap	Å utvikle faktakunnskap om sykepleie
3 Teknologisk nivå Sykepleielære	Å utvikle ”knowhow”
4 Praktisk nivå Sykepleie som kunst	Å utvikle unike sykepleiehandlinger

Fremdeles gjenstår arbeid, spesielt på det metateoretiske nivå, for at sykepleie skal fremstå som en klar vitenskaplig disiplin. Metateoriene omhandler ”*forankringen av våre verdier og våre forpliktelser i et filosofisk og etisk fundament*” (Strand, 1990, s.15), eller de vitenskapsteorier sykepleievitenskapen bygger på.

På det teoretiske nivå hører overordnede teorier, formulerte erfaringskunnskaper og prinsipper hjemme. Det dreier seg her om et mangfold av teorkategorier både fra naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige og human – og åndsvitenskapelige felt (Strand 1990). Dette utgjør til sammen et nødvendig kunnskapsgrunnlag for utøvelse av faget sykepleie.

Det teknologiske nivå rommer beskrivelsen av hvordan metoder og handlinger kan utføres.

Beskrivelse av prosedyrer ved fotfølging av suicidale pasienter og kontrakt som arbeidsredskap for å forbygge selvmord er eksempler på dette.

Den praktiske gjennomføringen, dvs. utøvelse av sykepleie, dreier seg om å tre inn på det praktiske nivå. Her tiltemper sykepleieren kunnskapene.

Forutsetningene for å lære praktiske ferdigheter har endret seg i takt med endringer i sykepleierutdanningen. Fra å være nærmest det eneste sykepleierens dyktighet ble målt på og et dominerende fokus gjennom lange praksisstudier i utdanningen fram mot 1980-tallet, fikk

læring av praktiske ferdigheter trangere kår ved overgangen til høgskolesystemet. Studietiden ble avkortet. Generelle akademiske krav førte til utvidelse og endring av den teoretiske delen av sykepleierutdanningen. Endrede krav til sykepleierrollen skapte også økt behov for teoretisk kunnskap. I denne prosessen ble den praktiske delen av utdanningen stemoderlig behandlet. Tendensen til å oppfatte praktiske ferdigheter som noe studentene lett kunne ”plukke opp” i praksis, etablerte seg blant mange lærere (Bjørk og Bjerknes 2003). I virkeligheten er praktiske ferdigheter komplekse handlinger som både krever kunnskap og bevisstgjøring av verdisyn.

Kari Martinsen (norsk filosof og sykepleieteoretiker) har utdypet omsorgsbegrepet som bærende ide i sykepleien. Fokuset på omsorg som fundament for all menneskelig eksistens og for sykepleie som fag, synes interessant for på de dype eksistensielle spørsmål som knytter seg til selvmordsatferd.

2.3.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Martinsen bygger på den tyske filosofen Heidegger og den danske teologen og filosofen Løgstrups tenkning. I denne tradisjonen fremstår omsorg som et ontologisk fenomen. Det vil si at vi har å gjøre med tilværelsens egentlige vesen (Bø 1996). Mennesket sees som et relasjonelt vesen som ikke kan leve i isolasjon fra andre, vår avhengighet av hverandre er grunnleggende i tilværelsen. Omsorg framstår for Martinsen (2003) som det nødvendige motsvar til denne avhengigheten som særlig blir synlig ved sykdom og lidelse. Slik blir også omsorg sykepleiens verdigrunnlag (Martinsen 1989). Martinsens omsorgsteori er normativ i den forstand at den omtaler hva sykepleiere *bør* strebe mot. Den etiske fordringen knytter først og fremst til å ta vare på den andre.

Martinsen (1989) fremhever tre aspekter ved omsorgsbegrepet:

- omsorg som relasjonelt begrep:

preges av en bevegelse mot den andre, bort fra meg selv, motivert av det Løgstrup (1955) kaller en *gavehandling*; Å gi uten å vente gjentytelse, slik vi selv er skjenket livet. De konkrete uttrykk gavehandlingene søker, kalles livsytringer. Barmhjertighet, tillit og medfølelse er eksempler på dette

- omsorg omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger:

Slike handlinger krever begrunnelse – bygget på et sykepleiefaglig og etisk vurdering av situasjonen (Kirkevold 1992). Her kommer det faglige skjønn som Martinsen (1989) kaller

”sykepleiefagets kjennemerke”, inn. Skjønnnet (den tause og uartikulerte kunnskapen) tas i følge Martinsen i bruk når sykepleieren skal overføre de generelle prinsippene til en konkret handling. Det dreier seg med andre ord om anvendelse og utøvelse av fagkunnskap. Spørsmålet er hvordan dette kan overleveres og læres.

- omsorg som moralsk begrep:

Dette er knyttet til prinsippet om ansvaret for svake (Kirkevold 1992, s.134)

”forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og (at) moral spiller en rolle i forvaltningen av makt og avhengighet”.

Moral handler om hvordan vi *er* i relasjonene - for eksempel i sykepleier-pasient relasjonen hvor den ene er i en avhengig situasjon.

.

I Martinsens tenkning er omsorg sykepleiens fundament – og et mål i seg selv. Slik kan vi tale om omsorg som yrkeskompetanse;

*”Sykepleie **er** omsorg i nestekjærlighet for det lidende menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk.”*

(Martinsen 2003, s. 38)

.

2.4 Kompetanse

Kompetansebegrepet er utviklet innefor ulike forskningstradisjoner og yrkesgrupper. Selve ordet stammer opprinnelig fra den latinske termen ”competentia” som har med skikkethet å gjøre. Tveiten (2001) forstår i vid forstand kompetanse som det å ha kunnskap og å være i stand til å handle ut fra denne kunnskapen. Hva slags kunnskap man har eller må ha, er avhengig av hvilket område man relaterer kompetansen til. Begrepet er med andre ord kontekstuell; det må sees i forholdt til noe og gir mening bare i en sammenheng.

Sykepleiefaglig kompetanse er spesifikk. Den er rettet mot sykepleiens målgrupper, og den knytter seg til ledelse og organisering av sykepleien og til fagutvikling. Sykepleiefagets paradigme og etiske grunnlag danner fundamentet for sykepleierkompetansen som også kan kalles profesjonell kompetanse. Profesjonaliteten defineres av Skau (2002) som

”de kvalifikasjoner som er nødvendige og hensiktsmessige i utførelsen av et yrke.”

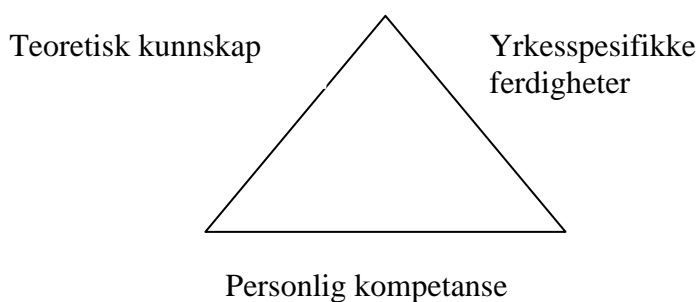
Å tydeliggjøre innholdet i den profesjonelle kompetanse på en formålstjenlig måte, byr på flere utfordringer – ikke minst der yrkesutøvelsen i stor grad knytter seg til det relasjonelle;

”Arbeid med mennesker handler grunnleggende om møter mellom mennesker. Og mennesket er ’helt’, med sine behov, sitt intellekt og sine følelser. Arbeid med mennesker er en virksomhet som både har faglige og personlige aspekter, og som innebærer relasjoner til dem en arbeider med. Den tradisjonelle teori – og praksistenkningen fanger ikke inn helheten i dette” (Guldbrandsen 1997 s. 25)

Skau (2002) fanger opp dette poenget i sin inndeling av profesjonell kompetanse i tre aspekt som til sammen utgjør en helhet – som sidene i en trekant.

2.4.1 Kompetansetrekanten

Den samlede kompetansen skisseres slik:



(Skau 2002, s.)

Den personlige kompetansen omhandler allmenne og yrkesspesifikke kunnskaper og ferdigheter og fokuserer på den utøveren er – både som person og i møte med andre. Slik knyttes personlig kompetanse til personlige egenskaper som er vanskelige å dokumentere og bedømme. Det dreier seg for eksempel om følsomhet, om evne til empati og om engasjement og forståelse. Holdninger, menneskesyn, verdier og personlig modenhet er også en del av den personlige kompetansen.

Teoretiske kunnskaper beskrives som faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Det vil si både kunnskap om faget og kunnskap som er relevant for utøvelsen. Den teoretiske kunnskapen kan være mer eller mindre bearbeidet eller utenat lært, mer eller mindre integrert eller fragmentert.

Yrkesspesifikke ferdigheter vil dreie seg om teknikker, praktiske ferdigheter og for eksempel sykepleiefaglige metoder. I møte med den selvmordsnære vil utfordringene kunne knytte seg til å gjøre en suicidalvurdering eller i samråd med pasienten utarbeide det nødvendige regime for oppfølging.

Det er viktig å merke seg at den profesjonelle kompetanse rommer alle aspektene – de henger sammen, påvirker hverandre og er avhengig av hverandre.

2.4.2 Kompetanseutvikling – fra novise til ekspert

”Bare den som reflekterer over sine erfaringer utvikler kompetanse, det vil si evne til å hankses med situasjoner lik dem han allerede har erfart. Slik vokser kunnskapen i en rytmisk vekselvirkning mellom delaktighet og distanse, mellom handling og ettertanke”

(Sällström 1989)

Også Vråle (2000 a I: Teslo) viser til erfaringene som utgangspunkt for kompetanseutvikling. Dette innebærer en forståelse av erfaringer som noe mer enn å ha vært i en situasjon. Skal ny kunnskap fødes, må erfaringene utfordres. I bevisstgjøringen, refleksjonen og bearbeidingen ligger vekst- og utviklingspotensialet.

Patricia Benner (1995) har utarbeidet en modell for kompetanseutvikling. Hun viser til Dreyfusbrødrenes modell for ferdighetslæring som utgangspunkt for sin forståelse.

Dreyfusmodellen baserte seg på studier av sjakkspillere og piloter, der utviklingen av ferdigheter gjenkjennes og formuleres som en bevegelse over tid – fra ”novise” til ”ekspert”.

Utviklingen kan sees som ulike nivåer fra novise via avansert nybegynner, kompetent, kyndig og til ekspert. Vråle (2000a) sammenfatter disse nivåene:

3 Kyndig - ekspert

2 Kompetent

1 Novise – avansert nybegynner

Benner (1995) anslår at det tar fem år å utvikle klinisk ekspertkompetanse i sykepleie. Hun hevder at denne kompetansen kun kan oppnås gjennom praktisk erfaring. Utøvere på de ulike

nivåene har klare kjennetegn, samtidig kan overgangen mellom nivåene ofte være glidende. Når det gjelder sykepleierstudenter i psykiatripraksis, er novisebegrepet interessant;

”Beginners suffer from secondary ignorance. They do not know what they do not know, and they may not see a situation or know when action is needed”

(Benner 1984, s.194)

Uten erfaring med den aktuelle situasjon preges novisen ofte av lærebokaktig og omstendelig opptreden. Atferden er lite fleksibel. Mye oppmerksomhet og energi går til konsentrasjon omkring mestring av arbeidsoppgaver. En student ga i en veiledningssituasjon en treffende beskrivelse av dette;

”Første gang jeg skulle legge inn en venefflon så jeg bare hånden og venefflonen. Jeg visste ingenting om hvordan pasienten hadde det”.

Denne tendensen til selvsentrering kan gå utover mulighetene til å lære av andres erfaringer. Det er viktig at novisen gis anledning til å utprøve sine begynnende ferdigheter under veiledning av en erfaren sykepleier, og at veiledning tar opp i seg aspekter knyttet til tid, tempo og grad av forklaringer (Vråle 2000a)

De andre nivåene i utviklingen er lite relevante med tanke på sykepleierstudenter i psykiatripraksis. Nærmere utdyping utelates derfor.

2.4.3 Kompetansebegrepet i sykepleierutdanningen

Rammeplanen (2000, s. 29) skisserer følgende forventninger til kompetanseutvikling:

”Sykepleiefaglig kompetanse uttrykker helheten i de kunnskaper, holdninger og ferdigheter en nyutdannet sykepleier skal kjennetegnes ved.

Kompetansen omfatter studentens totale og relevante forutsetninger for å kunne praktisere faglig forsvarlig sykepleie. Helheten av sykepleiefaglig kompetanse kan beskrives ved 5 delelementer av kompetanse. Utdanningen legger til rette for at studenten oppøver kompetanse innen alle disse elementene.

- *Teoretisk analytisk kompetanse*
- *Praktisk kompetanse*
- *Læringskompetanse*
- *Sosial kompetanse*
- *Yrkesetisk kompetanse”*

Rammeplanen (2000) skiller mellom handlingskompetanse og handlingsberedskap.

Handlingskompetansen omfatter områder der den nyutdannede sykepleier skal kunne fungere selvstendig i forhold til ivaretagelse og utførelse av oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Rammeplanen konkretiserer disse områdene (s.33)

Handlingsberedskapen peker på at det finnes områder der den nyutdannede nok har kunnskaper, men vil mangle nødvendig erfaring og spesialisert opplæring for å kunne handle selvstendig. (Rammeplanen 2000; Mekki og Tollefsen 2000). Som et eksempel på områder som krever spesialisert overvåkning og behandling, og hvor det dermed er tale om forventet handlingsberedskap, nevnes møtet med pasienter som står i fare for å ta sitt eget liv.

Rammeplanen (2000) skisserer overordnede retningslinjer og mål som må videreføres ved de enkelte høyskole i form av fag- og undervisningsplaner.

2.5 Undervisning og veiledning

Grunnutdanning i sykepleie skal kvalifisere sykepleiere til å praktisere faglig forsvarlig sykepleie. Både fagets teoretiske og erfaringsbaserte viten og den praktiske yrkesutøvelsen må læres. Sykepleiekunnskapen er av en slik art at mye av læringen forgår ved anvendelse av kunnskap. Studiet er organisert i en veksling mellom praktiske og teoretiske studier. Det er en utfordring å integrere teori og praksis (Mekki og Tollefsen 2000). Valg av undervisningsformer knytter seg til synet på kunnskap og læring. Ulike undervisningsformer tas i bruk avhengig av hvilken type kunnskap som skal formidles.

Undervisningsplanen (2003) understreker veiledningens betydning i spenningsfeltet mellom teori og praksis. I forlengelsen av dette sees veiledningens oppgave som tredelt;

- å gjøres studenten fortrolig med praksisfeltet
- å gi studenten hjelp til å studere i praksis ved hjelp av begreper, prinsipper og forståelsesmåter hentet fra teorifeltet
- å skape behov for å sette seg inn i mer teori.

Dette forankres hovedsakelig i to utfyllende læringsmodeller;

1) Mester – lærlingemodellen der lærlingen (novisen) lærer av mesteren (eksperten) i den kliniske virkelighet (Tveiten 2002)

Fire karakteristika knyttet til mesterlære fremheves (Undervisningsplanen 2003, s. 10):

- *Praksisfellesskapet; mesterlære finner sted i en sosial organisasjon*

- *Tilegnelse av faglig identitet; innlæring av et fags mange ferdigheter er trinn på veien i forhold til å beherske faget og avgjørende for utvikling av faglig identitet*
- *Læring uten formell undervisning – mesterlære er læring i en sosial struktur hvor det er mulig å observere og imitere det arbeidet mesteren gjør*
- *Evaluerer gjennom praksis – evalueringen forgår i arbeidssituasjonen ved kontinuerlig testing og tilbakemelding av ferdigheter*

2) Handling- og refleksjonsmodellen (Tveiten 2002; Handal og Lauvås 2000). Denne modellen er brukt i forskjellige profesjonsutdanninger de to siste tiår, og utfyller mesterlærlingmodellen.

”Hensikten med modellen er å utvikle kunnskapsbasen for profesjonell yrkesutøvelse ved å veksle mellom handling og refleksjon over handling. Veiledningen tar utgangspunkt i at studenten skal få hjelp til å finne frem til sitt eget kunnskapsgrunnlag, ferdigheter og holdninger som utøvelsen bygger på. Sammenhengen mellom erfaring, læring, det muntlige språk og kunnskapsutvikling er i fokus.”

(Undervisningsplanen 2003 , s.10)

2.6 Oppsummering pkt. 2.0

Jeg har i dette kapitlet redegjort for studiens teorigrunnlag. Teoritilfanget vil være holdningsdannende for tilnærmingen til problemfeltets spørsmål og utfordringer. Det vil også være retningsgivende for metodevalg.

3. 0 Metode

3.1 Generelt om metode

3.1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av metode

Avgjørende for metodevalg er *hva* man ønsker å vite. Denne studien vil undersøke og beskrive kvaliteter og egenskaper ved sykepleierstudentens møte med den selvmordsnære pasient – som utgangspunkt for tilrettelegging av veiledning og undervisning. Et slikt fokus harmonerer med en kvalitativ tilnærming. Metoden kjennetegnes ved sin søken etter karaktertrekk og meningssammenhenger knyttet til aktuelle fenomen (Repstad 1993).

Kvalitative data har sin styrke i helhetsperspektivet, og i at de uttrykker fenomenet slik informanten opplever det (Holme og Solvang 1996). Av flere mulige kvalitative metoder er valgt litteraturstudium og intervju.

Metodevalg må også sees i sammenheng med overordnet teoretisk referanseramme. Det er valgt en hermeneutisk – fenomenologisk forståelsesramme.

3.1.2 Kvalitativ versus kvantitativ forskningsmetode

Kruuse (1996) viser til to hovedgrupper av samfunnsvitenskaplige og psykologiske forskningsmetoder; kvalitative og kvantitative. Begge perspektiver har sine røtter i filosofisk tradisjon, og krever systematisk forskning på et vitenskaplig fundament. All forskning har til felles et mål om å komme fram til ny og anvendbar kunnskap ved systematiske strategier.

Kvalitativ og kvantitativ tilnærming representerer hvert sitt kunnskapsperspektiv; Mens kvalitativ metode er induktiv, vil den kvantitative ha en deduktiv tilnærming (Olsson og Sørensen 2003).

Snarere enn å forklare fenomenet søker den kvalitative tilnærming å forstå; heller enn å være opptatt av hvor ofte et fenomen opptrer, granskes det særegne og unike ved fenomenet (Repstad 1993). Slik vil metoden egne seg der målet er å finne meningssammenhenger framfor tallmessige sammenhenger. Kvalitativ forskning vil derfor finne sin naturlige forankring innenfor den fenomenologisk hermeneutiske tradisjon (Holter og Kalleberg 1990; Kvale 1997)

Kvantitative tilnærminger vil søke sitt fundament i et nomotetisk vitenskapsideal der generaliserbare lovmessigheter er et mål (Kruuse 1996). Kvantitative metoder benyttes ofte til å mengdeangi et fenomen. Den innsamlede informasjon skal være valid, reliabel og generaliserbar (Kalleberg 1990; Repstad 1993; Olsson og Sørensen 2003). Grønmo (1990) påpeker at metodene heller enn å betraktes som vesensforskjellige, må sees som ulike sider av et kontinuum, og at de prinsipielt ikke står i et konkurrerende forhold til hverandre. Dette favner også forståelsen av at metodevalg må begrunnes strategisk – ikke prinsipielt, og at metoder kan kombineres (metode-trangulering)

Olsson og Sørensen (2003) viser i den sammenheng til Bohrs komplementaritetsprinsipp som enkelt sagt uttrykker at motsetninger ikke utelukker hverandre, men bare skildrer virkeligheten fra ulike sider. Slik kan forståelsen bli mer komplett og flere dimensjoner belyst

3.2 Intervju

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

Intervju er en av flere innsamlingsmetoder knyttet til kvalitativ tilnærming. I det kvalitative forskningsintervju blir samtalen benyttet i forskningsøyemed; Konversasjonen – dette at mennesker snakker med hverandre, utveksler erfaringer og meninger knyttet til alt fra dagligdagse hendelser til dypt personlige anliggender – bærer i seg en mulighet til å lære om og av andres erfaringer. I en varsom og lyttende tilnærming til den andres livsverden ligger mulige kilder til ny kunnskap og utvidet forståelse. Steinar Kvale (1997, s. 21) hevder at *”forskningsintervjuet er basert på den hverdagslige samtale eller konversasjon, men er en faglig konversasjon”*..

Konversasjonen har en bestemt hensikt og struktur; å frembringe, nærme seg, lytte og samtale seg til kunnskap. Strukturen kan variere idet intervjuet kan være mer eller mindre styrt av forskeren, men vil overordnet være nødvendig for at forløpet ikke skal bli vilkårlig og uten retning - eller preget av en teoretisk naivitet som overser de etiske og metodologiske utfordringene. Det finnes a ulike former for forskningsintervjuer, et eksempel er det Kvale (1997, s. 21) kaller *”det halvstrukturerte livsverden- intervjuet”*. Dette blir definert som *”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”* (Kvale 1997, s.21)

Denne tilnærmingen som harmonerer godt med oppgavens intensjon om en økt forståelse for studentenes følelser og reaksjoner i møte med selvmordsproblematikk.

3.2.2. Informasjon om utvalget

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter. Utgangspunktet for dette var et overordnet ønske om i størst mulig grad å få tilgang til studenters egne tanker og opplevelser knyttet til samhandling med selvmordsnære pasienter og egen læringsprosess knyttet til slike utfordringer. Opprinnelig planla jeg å intervju to studenter. Jeg henvendte meg til studenter jeg hadde veiledet. Fordelen med dette var at vi allerede kjente hverandre. Jeg hadde fulgt dem gjennom 10 ukers psykiatripraksis og etablert en relativt trygg relasjon. Å samtale om det aktuelle temaet fordrer en atmosfære preget av tillit, trygghet og akseptasjon. Det ville ellers være vanskelig å få fram informasjon av den art jeg ønsket. Å være lærer innebærer også å skulle bedømme studentenes innsats. Dette kan virke forstyrrende og føre til at studentene bringer fram stoff de tror læreren ønsker å høre. Jeg så det som en utfordring om mulig å eliminere opplevelsen av å bli vurdert. Jeg understreket den betydning informantens

kunnskap, innsikt og forståelse hadde for min studie, og var tydelig på min rolle som mottaker. Jeg overlot også til studenten å velge tid og sted for intervjuet.

Etter å ha intervjuet en student, forlot jeg i samråd med veileder min opprinnelige plan om å gjennomføre to intervjuer. Avgjørelsen ble tatt på grunnlag det rike og omfattende materialet studenten brakte fram i intervjuet. Jeg så i dette både mulighet og motivasjon til fordypning i ett materiale fremfor å forholde meg til data fra to informanter. Oppgavens omfang og det faktum at intervjuet bare er en av to valgte metoder, begrunner dette valget.

3.2.3 Planlegging og gjennomføring av intervjuet

I forberedelsesfasen arbeidet jeg bevisst med egen forforståelse av studenters samhandling med selvmordsnære pasienter. Studenten fikk tilsendt en intervjuguide (vedlegg 1) på forhånd. Hun ble orientert om at dette var ment som en fokusering på aktuelle tema, og at selve intervjuet ville ha form som en samtale med utgangspunkt i en konkret erfaring fra et møte med en selvmordsnær pasient.. Studentens ga en rik og spennende fortelling. For å få fatt i den underliggende mening i hennes fortelling, valgte jeg en lyttende rolle med korte oppklarende spørsmål.

3.2.4 Bearbeiding og analyse av intervjuet

Fenomenologisk tilnærming til intervjuanalyse legger stor vekt på å gi stoffet en fremstilling som sikrer at andre kan følge den prosess som ligger til grunn for presentasjonen (Hummelvoll og Barbosa da Silva 1996). Bearbeiding og analyse er gjort i en prosess over tid. Umiddelbart etter intervjuet noterte jeg ned det jeg husket av nonverbale observasjoner og assosiasjoner. Jeg lyttet til båndet to ganger kort tid etter at intervjuet ble gjort, og skrev det så ned ordrett. Fire betydningsfulle gjennomgangstema ble fremtredende under prosessen med å bearbeide stoffet. Disse temaene danner strukturen både presentasjon av funn fra intervjuet og i drøftingsdelen.

Kvale(1992) peker på at tolkning dreier seg om å stille spørsmål til teksten. Han skisserer tre nivåer for tolkning; selvforståelse, common-sense og teori nivå. Jeg har forsøkt å la disse nivåene bli synlige på følgende måte:

- i presentasjonen ved i størst mulig grad å la studentens egne uttalelser komme til syne (selvforståelse)

- i drøftingen ved å trekke inn mer allmenne tolkninger (common-sense) og egne refleksjoner. Drøftingsdelen tar samtidig opp i seg en teoretisk refleksjon og utdyping av utsagnene

Når det gjelder kvalitativ forskning vil studiens pålitelighet vurderes ut fra hvor ordentlig og troverdig undersøkelsen er utført (Fog 1995). Dette har jeg forsøkt å ivareta gjennom hele prosessen omkring intervjuet og ved nøye planlegging.

Gyldighet kan vurderes på bakgrunn av forforståelse og kompetanse; Samlet vil studentens forforståelse og kompetanse knyttet til å være novise i møte med den selvmordsnære og egen forforståelse og kompetanse relatert til arbeid både med studenter og selvmordsnære pasienter være av betydning for gyldighet. Utskrift fra intervjuet og senere presentasjon av funn er drøftet med en kollega som er erfaren og kyndig hva kvalitativ forskning angår. I tillegg er funn drøftet med egen veileder som har solid kompetanse innfor de områder problemstillingen fokuserer. Studenten har lest og kommentert presentasjon av funn. Samlet vil dette styrke gyldigheten.

3.2.5 Etiske refleksjoner

Studiene er gjennomført i henhold til gjeldende forskningsetiske retningslinjer ved Universitetet i Oslo. Studenten deltok frivillig og ble gjennom hele prosessen påminnet om sin mulighet til å trekke seg.

Etikk og personvern er søkt ivarettatt på følgende måter:

- Det er søkt og gitt tillatelse til å gjennomføre intervjuet fra dekan ved avdeling for helsefag. Informanten ga skriftlig samtykke til å delta. Både arbeidsgiver (dekan) og student ble gjennom skriftlig informasjon gjort kjent med studien (Vedlegg 2-5)
- Pasientdata fra studentens fortelling er anonymisert. Jeg gjennomgikk anonymiseringskravet med studenten i forkant av intervjuet.
- Studenten er anonymisert ved at hun ikke på noe tidspunkt er navngitt. Angjeldende høgskole kan ikke identifiseres i oppgaven.
- Båndet fra intervjuet er det bare jeg som har lyttet til. Det oppbevares nedlåst og slettes når oppgaveskrivningen avsluttes
- Studenten har lest presentasjonen av funn og ble oppfordret til å kommentere dette.

Av hensyn til stoffets art, tilbød jeg henne en oppfølgende samtale dersom hun skulle kjenne behov for det.

3.3 Litteraturstudium

3.3.1 Gjennomføring av litteraturstudium

Jeg foretok et bredt søk i flere databaser; *CINAHL*, *PubMed*, *Medline*, *Ovid* og *Norart*.

I tillegg benyttet meg av søkemuligheter knyttet til Seksjon for selvmordsforskning og – forebyggings hjemmeside og høgskolens egen database.

Søkeord var; *education, nursing (student) and suicide, competence, selvmord og sykepleie*

3.3.2 Bearbeiding av funn

Etter å ha samlet og dannet meg inntrykk av ca. 30 aktuelle artikler, gjorde jeg et strategisk utvalg knyttet til studiens problemstilling. Etter flere gangers gjennomlesning av de tre valgte artiklene, laget jeg et resymé av hver enkelt. I den videre bearbeidingen trakk jeg ut funn spesielt i betydningsfulle for studien. Disse funnene presenteres skjematisk.

3.4 Metodekritikk

Intervju

Studiens begrensninger i omfang og tid, intervjuets beskjedne format og intervjuerens manglende erfaring med slike situasjoner fremtvinger edrulighet når det gjelder fortolkning og konklusjoner. Informantenes beskrivelser og funn fra litteraturstudiet må i denne studien hovedsakelig betraktes som egnet til gjensidig å belyse hverandre, og utdype den valgte teoritiske forståelse. Selv anser jeg verdien av den undring og de spørsmål jeg selv har erfart underveis som det mest betydningsfull ved studien. Dette inspirerer ny fordypning. Slik kan helhet og deler blir en positiv læringsspiral over tid; en hermeneutisk sirkel utvikles.

De vanligste innvendinger mot kvalitative forskningsintervjuer er knyttet til spørsmål om for få informanter, ledende spørsmål og subjektive tolkninger. Flere ledende forskere har omtolket disse motargumentene ved å vise til deres iboende muligheter og verdi relatert kvalitative forskningstradisjons egenart og hensikt (Kvale 1992; Hummelvoll og Barbosa da Silva 1996; Fog 1995)

Når det gjelder nødvendige tillatelser knyttet til intervjuet ga studenten sitt frivillige, informerte samtykke og både hun og pasienten er omhyggelig anonymisert (jf. pkt. 3.2.5). Regional komité for medisinsk forskningsetikk ble derfor ikke kontaktet. Jeg rådførte meg med en kollega som nylig satt som medlem i REK som støttet min vurdering.. Også ledelsen

ved avdelingen delte denne forståelsen. Jeg ser i ettertid at sekretariatet i REK kunne ha vært rådspurt.

Litteratursøk

Det strategiske utvalget har sin fordel i utdyping av karaktertrekk og meningssammenhenger knyttet til problemstillingen. Slik søket her er gjennomført gis et utdypende bilde av det aktuelle tema.

3.5 Oppsummering pkt. 3.0

Kapitlet redegjør for kvalitativ tilnærming som metode, og gir bakgrunn og begrunnelse for et slikt valg. Gjennomføring av intervju og litteraturstudium, innhenting og bearbeiding av data er beskrevet. Ethiske overveielser og metodekritikk er behandlet.

4.0 Presentasjon av funn

4.1 Intervju

Under bearbeiding av intervjuet oppfattet jeg fire sentrale tema.. Disse temaene danner strukturen for presentasjonen.

Intervjuet startet med Maris fortelling. På tur i byen ble pasienten overveldet av håpløshet og smerte. Sittende på en benk i parken fikk studenten et innblikk i den suicidale pasientens livsverden.

4.1.1 På tynn is

”Eg var nervøs for hva eg hadde kommet opp i – faktisk talt – heilt aleine...”

Studenten forteller gjentatte ganger om hvor sterkt inntrykk dette møtet gjorde på henne. Hun reagerte fysisk med skjelving og svette. Opplevelsen av smerte og kontraster er et sentralt tema.

Smerten

Lidelsestrykket som utfoldet seg i den halvannen time lange samtalen, utfordret grensene for hva hun kunne ta innover seg;

”Det vondaste var at ho ville gjere seg så vondt, eller ikkje at ho ville gjere seg så vondt, men det vondaste som eg følte det var det at ho ikkje følte noen mening, det var

det grusomaste, eg følte at det ikkje måtte skje..at ho måtte ha det godt..at ho måtte ha håp”

På nytt og på nytt vender hun tilbake til pasientens smerte – og hvordan den kom til uttrykk gjennom ord og tårer.

Kontrastene

Kontraster mellom livets skjønnhet og dødens gru blir malende beskrevet;

”Dette var et nydelig menneske eg ikkje kunne assosiere selvmordsproblematikk med.. at dette nydelige lille mennesket kunne bære på slike tanker var litt sjokkerende for meg”; ”vårsola skein” og ” pasienten virket grusomt deprimert..hadde ein stor håpløshet..alt var øydelagt for ho, ho var eit sted som ikkje var noe sted”

Studenten forteller også hvor glad og fornøyd hun selv var denne dagen.

”Så kommer kontrasten – det mennesket som går på siden av meg er i en helt annen verden. Så på ein måte kan ein si at eg følte meg som en egoist”

Alene med et menneske som føler at det ikke er hold i tilværelsen, ingen mening som bærer, ikke noe håp som lokker, var studenten overlatt til lidelsestrykket og til kontrastene.

” det var helt forferdelig å sitte i parken å grine å si att ho ikkje har lyst til å leve og sola skein ”;

”samtidig følte eg at eg måtte jo bare sitte der med ho”;

”Eg svettet litt på ryggen av det, eg gjorde det, eg var litt nervøs altså”

På mange måter gir hun uttrykk for at hun føler seg på rystet og rammet av dette møtet, samtidig ble hun værende – og hun er ikke handlingslammet.

Kanskje var isen tynn; Den knaket under lidelsestrykket, pasientens grusomme virkelighet, kontrastene og egen usikkerhet og angst - men den holdt. Mari går ikke under, men blir værende hos og med pasienten. Jeg har forsøkt å systematisere studentens fortelling og refleksjoner med tanke på å skape et tydeligere bilde av det jeg vil kalle bristepunkter og bærekvaliteter i møtet.

4.1.2 Bristepunkter

Pasientens smerte

”Det er jo en krevende oppgave å være til stede, det er mulig det er derfor man ble redd, at ein begynte å skjelve og svette på ryggen å bli litt sånn ’nei, er dette riktig’”

10-12 ganger bruker Mari uttrykk som nervøs, skremt, redd, utrygg, svett på ryggen, skjelven o.l. , begrep som vanligvis knyttes til fare eller trussel. Særlig på var det vanskelig å forholde seg til den overveldende meningsløsheten; *"det var det grusomaste"*.

Om seg selv sier hun; *"Eg har alltid tenkt at det må være en mening med ting"*

Å ta sitt liv knytter Mari til *"meningsløshet, at ein mister meningen med livet, trur eg"*.

Om sin egen rolle i situasjonen sier hun bl.a.;

"Ja – og så satte vi oss på benken og ho seier at det ikkje var noen mening med noen ting, det var ikkje vits i å leve, det var andre som tok over hennes liv. Så da var ho liksom på et sted..så da trengte ho kartet..jo så det var derfor eg handla som eg gjorde og fortalte om søstra mi som satt i rullestol og fikk rullator og kunne stå på egne bein og at det gjekk logisk framover slik. Og så at alle er deprimerte og at livet går opp og ned for oss alle og framover"

Det er vanskelig å være vitne til denne lidelsen;

"eg ville jo ikkje at eit medmenneske skulle ha det sånn"; "då er jo innskytelsen med ein gong 'nei, det må ikkje skje', sånn skal det ikkje være. Ikkje fordi det er forbunde med skam, men fordi livet er her og nå, du skal leve nå. Mmmm"

Pasientens smerte beveger henne;

"Eg satt og holdt rundt henne og tørket tårene hennes med noen servietter vi hadde i veska vår..jeg ville jo liksom favne ho på ein måte"; "skulle gjerne hatt ho med hjem, ikkje sant, verne om og holde rundt" .

"Det var veldig viktig å få åpna opp for muligheter, å få sjå at det fantes verdifulle ting i livet for henne"

Slik svarer hun på fordringen ved å forsøke å trøste, gi mening og håp – for pasientens skyld, men kanskje også for sin egen? Om dette grepet sier hun selv;

"Det var litt skremmende tema..eg følte at eg ikkje hadde kompetanse til å snakke meir om det..eg kunn jo ha sagt..parafrasert ' hva meiner du med det? Det eg egentleg gjorde – da ga eg ho råd med ein gong..med å gje henne det håpet og realitetsorientere henne på ein måte, det var jo det eg gjorde og så sa eg at vi skulle snakke med kontaktsykepleieren om disse selvmordstankene når vi kom tilbake"

Egen smerte:

Et annet tilbakevendende tema i samtalen var de smertefulle erfaringer Mari selv bar med seg inn i møtet;

” det (pasientens suicidalitet) gjorde sterkt inntrykk på meg fordi i nabolaget heime var det akkurat ein mann som hadde tatt livet sitt og det gjekk veldig hardt inn på oss alle sammen” (forteller detajert om denne historien) .

Hun knytter skyldfølelse til naboens selvmord;

”som man aldri snakket med og plutselig er han borte fordi han tok livet sitt. Så er det angeren for at du aldri har gått bort og sagt ’hei’ eller invitert han bort på din egen veranda..koss er det me tar vare på hverandre, egentlig? Det kan man jo alltid lure på”.

Uro for framtida og hennes egne nærmeste kommer også til syne;

”Som mor må eg si at det er ingen garanti for at mitt barn ikkje kan gjøre det samme”.

Tidligere erfaringer berøres;

”eg har..det har skjedd mykje opp gjennom livet, eg har opplevd mange vonde ting – at folk har tatt livet sitt og sånt, men håper ikkje eg er heilt følelsesmessig avflata, man putter det i båser, ein gjer det ikkje til sitt eige sånn”

Om behovet for avlastning av egne følelser og reaksjoner etter dette møtet, sier Mari;

”Det var pasienten som hadde det vondt”; ”det (veiledning) tror eg ikkje eg hadde hatt behov for..det blei sagt at det ikkje var suicidalfare, så da slo eg meg til ro med det”

Likevel sier hun mot slutten av intervjuet;

”Dette var ein veldig fin måte å reflektere på! For meg blir det veiledning...læring”

Studentrollen

Flere utsagn handlet om studentrollen. Hun har liten tro på egen faglighet;

”eg var jo bare ein student” (gjentas flere ganger);

”eg følte at eg ikkje hadde kompetanse til å snakke noe meir om det” (hva pasienten la i sine suicidale utsagn).

Usikkerheten blir forsterket av en slags dårlig samvittighet. Hun har følelsen av å gjøre noe ”ulovlig” - for eksempel når hun forsøker å initiere håp hos pasienten;

”så fortalte eg om søstera mi som hadde fått ei meining sjølv om ho var sterkt trafikkskadd og det følte eg var galt å si, men eg sa det i alle fall der og då..det gale var at eg - eg ville jo ikkje krysse terapeutens område, men eg gjorde det allikevel for

eg ville gi ho noe...å krysse terapeutens område ville være å si noe som terapeuten ville ha sagt, psykiatrisk sykepleier sine forslag”; ” da følte eg at eg gjorde no’ galt, følte at eg ikkje burde sei det, at eg ikkje var ansatt der oppe”;

”dette blei ein vanskelig situasjon for meg for vi hadde fått instruksjoner før vi gikk i praksis at me var studentar og måtte være litt forsiktige med å gåi djupe samtaler med pasientane”; ”eg følte at eg var litt på gyngende grunn i og med at eg var i praksis i psykiatrien, altså: kva har du lov til og kva har du ikkje lov til”

Studentrollen synes usikker og vanskelig, hun flytter seg over i medmenneske-rollen ;

”Då eg hadde ho i parken, då var ho ikkje ein pasient, då var ho eit medmenneske..eg ville ikkje at eit medmenneske skulle ha det sånn.. nå blei det kanskje meir personlig”

På spørsmål om hun opplever at med-menneskerollen er uforenelig med sykepleierrollen, svarer Mari; *”Godt spurt, eg er ikkje kommet lenger enn det .. der trur eg at eg stoppar”.*

Sin tillatelse til å handle henter hun i det medmenneskelige; Midt i frykten for å krysse terapeutens område våger hun spranget;

”eg ville jo ikkje krysse terapeutens område, men eg gjorde det allikevel, for eg ville gje henne noe, gje henne ein historie..eg trur eg hadde lov....ho var veldig tung og veldig sår og veldig sliten sikkert”.

Mari er selv klar på det hun opplever som bærekvaliteter i dette nesten til bristepunktet utfordrende møtet.

4.1.3 Bærekvaliteter

Disse kvalitetene relateres til det studenten faktisk har å by på i situasjonen.

Selv er hun tydeligst på betydningen av å være et medmenneske;

”Eg er heilt sikker på at ein må bety noe for den som stend i – stend på ein måte i den myra som ein ser i den filmen ’Den uendelige historien’, Der stend ein på ein måte i meiningslaushetens myr og synker dypere og dypere ned, så da er det godt at ein kan stå på ein stein å dra han opp”;

”For man er jo medmenneske i jobben sin..koss var det nå der på benken – der blir jeg plutselig meg selv med hele meg for jeg vil ikkje at ho skal si sånne ting.. da må jeg plutselig holde rundt henne”

I dette siste utsagnet uttrykker studenten helt eksplisitt sin tro på det menneskelige nærværet. I det hun sier *”Da ble jeg meg selv med hele meg”*, slår hun over i bokmål.

Hun samler det hun har for å svare på fordringen; det hun har – som bærer - er først og fremst seg selv.

Konkret betyr dette;

- tid *”som student har eg jo uendelig lang tid..god anledning til å stoppe”*
”bruke masse tid, eg ville ikkje ha tenkt på å gå heim, eg ville ikkje ha skyndta på for å komme opp igjen til institusjonen
- oppmerksomhet; *det var henne som var i fokus da”; ”å vende fokus fra det ytre til ’deg’ – det er veldig viktig”*
- medfølelse/ omsorg; *”eg ville jo liksom favne ho på ein måte”; ”eg følte at ho måtte ha det godt”*
- utholdenhet og perspektiv; *”eg ville arbeide vidare – med å gi ho håp, så lenge eg var i praksis”; ”eg tenkte at eg er sjukepleiarstudent og at eg hadde x antall uker til rådighet, at eg kunne komme med konkrete forslag til å følge ho opp og det gjorde eg også”*
- praksisveileder og avdelingen (forankring); *”men så lova eg ho at eg skulle snakke med kontaktsjukepleiaren min som var hennes primær så snart vi kom tilbake til institusjonen”; ”Så gjekk eg rett inn til kontaktsjukepleiaren og nærmast klora meg fast i ho og sa at sånn og sånn hadde skjedd så ho kunne ta ein samtale med vedkomne”*

Om sin egen tilnærming sier studenten i ettertid;

”Eg trur det var godt for ho at ho blei snakka til, altså fekk lov å snakke i fred og ro for ho var veldig ofte ensom. Ho fikk liksom ikkje snakke om det som var hennes innerste, eg følte veldig ofte at ho blei sittende aleine å gruble og ho var veldig sjuk på den tida”

Hun peker også på betydningen av å være tilstede og ha fokus på pasienten;

”Å høyra hva det er eit menneske sier”

4.1.4 Plattformen

Mari er først og fremst forankret i seg selv; Når det nesten brister og kontrastene blir for sterke *”da ble jeg meg selv med hele meg”*.

Hun viser sporadisk tilknytning til faglig forståelse; at pasienten var ny - syk (schizofreni) og at slike belastninger som kan bidra til suicidalitet. Når det gjelder undervisning og veiledning har litteraturfordypning knyttet til et obligatorisk skriftlig arbeid og undervisningen om selvmordsprosessen og intervensjon knyttet til en temadag om selvmord vært viktigst for Mari;

”Det er jo heilt fantastisk at vi har dette på skolen, at dere har satt ord på alle disse tingene som har med selvmord å gjøre, det er godt å lære at det er depresjoner og at det er fysiske ting som gjør at mennesker kommer dit og at det er – kva skal eg sei – det er godt å lære noko om det, godt at nokon snakker om det i alle fall”;

Hun reflekterer over hva hun har lært;

”Ein skal ikkje sei at ein ser meir enn før, men at ein kanskje veit meir enn før. Ein har meir kunnskap....at du ikkje overkjører den du møter, at du åpner for en mulighet for at den pasienten kan snakke om det. Eg trur at me kan være åpnere for det. La oss sei for eit år sidan så ville eg kanskje ikkje hatt evne til å se - se at pasienten hadde eit slikt problem.. Kunne kanskje ha ignorert sånt før fordi eg ikkje visste. Eg har rett og slett ikkje vore så oppmerksom på at selvmordstanker er så vanlige”.

Hun sier også at hun nå ville ha vært mer direkte;

”ut fra den kunnskapen eg har fått i ettertid så ville eg ha fått den pasienten til å forklare litt meir om hva ho meinte med uttalelsene”

Studenten har forventninger til sin fremtidige håndtering av selvmordsatferd;

”Eg forventar at eg på ein måte – eg må i alle fall ikkje oversjå det, eg må være klar over at det er risiko, prøve å høyre hva det er eit menneske sier og ikkje fare så fort forbi.”

Sin forebyggende mulighet som sykepleier har hun ikke tenkt på.

4.2 Litteraturstudie - funn

Under bearbeidingen av valgte artikler trakk jeg ut funn av særlig interesse for studiens problemstilling. Disse presenteres skjematisk.

<i>”Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepersonell”</i>	<i>”Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære menneske – noen refleksjoner om veiledning”</i>	<i>”Caring in Nursing Education: Reducing Anxiety in the Clinical setting”</i>
Anne-Grethe Talseth Pykiatrisk sykepleier, førstemanuensis, Avd. for helsefag, Høgskolen i Troms, med. dr. (Umeå universitetet 2001)	Gry Bruland Vråle Psykiatrisk sykepleier, Høgskolelektor, Diakonhjemmets høgskole, Avdeling for etter- og videreutdanning	Minette C. Audet Staff Nurse Coronary Care Unit, Oshawa General Hospital, Oshawa, Ont.
Tidsskriftet Suicidologi Nr. 2 2001	Tidsskriftet Suicidologi Nr. 2 1998	Tidsskriftet Nursing Connections Volume 8, Number 3, Fall 1995
<p><u>1) Betydningen av nærhet til egne følelser</u></p> <p>Hjelperen beveger seg i spennet mellom nærhet og distanse. Her ligger potensielle opplevelser av inkompetanse og hjelpeløshet. Nærhet til egne følelser muliggjør et lyttende – og livsstyrkende - nærvær i møte med pasienten.</p> <p><u>2) Betydningen av å bekrefte pasienten.</u></p> <p>Å se pasienten gjennom å vise hensyn, omsorg og bevissthet i møte med grunnleggende behov (hele mennesket), og å lytte uten å moralisere, initierer håp hos pasienten.</p>	<p><u>1) Veiledningens hensikt</u></p> <p>Å øke selvforståelsen Å styrke kompetansen</p> <p><u>2) Veiledningens muligheter</u></p> <p>Å bearbeide vanskelige opplevelser/følelser Å forberede på mulige/forventede utfordringer slik at tryggheten økes Å avlaste/gi krisehjelp</p> <p><u>3) Veiledningens nødvendighet</u></p> <p>Uten ettertanke og refleksjon øker faren for å etablere eller opprettholde uhensiktsmessige måter å møte den selvmordsnære på .</p>	<p><u>1) Praktisk utøvelse i den kliniske hverdag er spesielt utfordrende for studenter</u></p> <p>Stress-/angstnivå kan bli uhensiktsmessig med tanke på læring.</p> <p><u>2) Lærere/veiledere må kunne identifisere tegn på en slik situasjon og ha beredskap for å handle</u></p> <p>Usikkerhet/angst gir seg fysisk til kjenne hos studenten. Beredskapen bør forankres i en type ”caring behaviour” og bli synlig i konkrete tiltak.</p> <p><u>3) Viktige aspekt ved veiledning basert på ”caring”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sette mot i/ initiere håp - fokus på mestring/ ressurser framfor å påpeke feil/mangler - evne til sensitivitet i møte med den andre

4.3 Oppsummering pkt. 4.0

Funn fra intervjuet avdekker hvor krevende møtet med den selvmordsnære kan oppleves for en sykepleierstudent. Samtidig synliggjøres ressurser som medmenneskelighet og omsorg. Studenten sliter med fagrollen.

Litteraturstudiet understreker at utøvelsen av praktiske ferdigheter kan skape usikkerhet og engstelse hos studenten. Veiledningens mulighet og hensikt er å styrke ressursene i retning vekst. Et lyttende, omsorgsfullt nærvær er av stor betydning i møte med den selvmordsnære.

5.0 Drøfting av funn

5.1 Innledning

*”For i sandhet at kunne hjelpe en annen må jeg kunne forstå mer end han –
men dog først og fremst forstå det, han forstår.*

Når jeg ikke gør det, da hjælper min mer-forståelse ham slet ikke”

(Kierkegaard 1982 i Handal og Lauvås)

Jeg vil i drøfting av funn ta utgangspunkt i metaforene ”På tynn is”; ”Bristepunkter”; ”Bærekvaliteter” og ”Plattformen”. Ved å sette funn fra intervju og litteratursøk i dialog med teoretisk forståelse og fortolkning, vil jeg reflektere over hvordan undervisning og veiledning kan bidra til å styrke studentenes handlingsberedskap i møte med det selvmordsnære menneske.

Å arbeide med handlingsberedskap knyttet til selvmordsatferd er å arbeide med verdisyn og holdninger. Det kreves metoder i veiledning og undervisning som muliggjør å nærme seg de vanskelige følelsene og å bearbeide dem. Samtidig må læringsprosessen romme etablering og utvikling av praktiske ferdigheter i møte selvmordsnære mennesker i ulike faser. Det må bygges en plattform av kunnskap for praktisk utøvelse av sykepleie i disse vanskelige møtene. Dette representerer utfordringer på de forskjellige læringsarenaene – slik vil praksisveileder og lærer i samarbeid med studenten måtte benytte seg av ulike metoder avhengig av kontekst og tematikk. Det handler om å lete etter veier som fører fra tynn is til landskap for læring. Selv om veiledning og undervisning griper inn i hverandre, finner jeg det hensiktsmessig å knytte aktuelle veiledningsmetoder opp mot temaene ”Tynn is” og ”Bristepunkter”, mens

undervisning i betydningen kunnskapsformidling særlig vil relateres til *"Bærekvaliteter"* og *"Plattform"*.

Forankret i et ønske om å ha studentens perspektiv som utgangspunkt, velger jeg å starte drøftingen der studenten i intervjuet startet; Å møte smerten.

5.1.1 På tynn is

Studenten målbærer tydelig og gang på gang hvor sterkt pasientens smerte virker på henne. Lidelsen knyttet til meningsløshet, hjelpeløshet og det å ikke se noen framtid utfordrer henne aller sterkest.. Vi vet at nettopp opplevelser knyttet til hjelpeløshet, meningsløshet og opplevelse av psykisk smerte er sentrale i selvmordsprosessen. (Shneidman 1994; Retterstøl et al 2002; Mehlum og Hytten 1999b). Studenten beskriver klare suicidale tanker og ønsker hos pasienten. Dette er et møte hvor døden rykker inn på livet. En alminnelig menneskelig reaksjon i møte med dødens mulighet er fornektning og flukt. Å være i hjelperens posisjon innebærer imidlertid en fordring om å bli værende – dette kan knyttes til sykepleierrollen og plikten til å hjelpe, men kan også forankres i en etisk fordring om å ta vare på den andre (Martinsen 1989). Dette er en drivende kraft hos studenten;

"Vi er jo medmennesker og da må vi være medmenneske der og da og ikkje finne på unnskyldninger og kanskje gjøre noe annet eller føyse det av, det trur eg ikkje er rett".

Alene med pasienten og klar på at *"eg måtte jo bare sitte der med ho"* kjenner hun på ansvaret; Det må ikke skje!

Dette er et viktig aspekt ved møtet med den selvmordsnære; Følelsen av å få ansvaret for den andres liv, og usikkerheten knyttet hvordan man skal hankses med dette. Angsten for ikke å strekke til eller gjøre en feil som kan bidra til at den andre virkelig velger døden er også en belastning i slike situasjoner. Slike følelser og reaksjoner kan bidra til at hjelperen distanserer seg i møtet. Talseth (2001) fant at noen sykepleiere følte seg inkompetente og skyldige når pasientene hadde selvmordstanker eller forsøkte å ta sitt liv. Dette er en negativ sirkel; hjelperens rom for egne følelser påvirker hennes evne og mulighet til å fremstå lyttende og bekræftende. Et møte uten slike kvaliteter vil vanskeliggjøre etablering av tillit, og kan skape opplevelser av verdiløshet hos pasienten. Slike følelser gir kraft til den suicidale prosess (Talseth 2001).

Flykter hjelperen fra sine egne følelser, vil også pasienten tendere mot å legge lokk på sine. Makter derimot hjelperen ved sin nærhet til egne følelser å initiere et rom for smerten, vil det i følge Talseth (2001) bidra til å gi rom for livskraftene hos pasienten. Hjelperens holdninger til

selvmord og selvmordsforsøk vil innvirke på hva den selvmordsnære er villig til å fortelle. Angst for kontrolltap, fordømmende holdninger og egen hjelpeløshetsfølelse kan enten føre til at faresignaler ignoreres eller en overstyrende tilnærming (Mehlum 1999 c). Dette klargjør den faglige nødvendighet av å arbeide med egne følelser og reaksjoner.

På samme måte vil det å bevisstgjøre eget syn på mennesket, på lidelse og behandling, på livet og døden være av betydning. Antakelig vil pasientens utsagn om alt er meningsløst, og at fremtiden ikke eksisterer, kjennes dypt rystende og til dels truende for en student som *"alltid har tenkt at det er en mening med ting"*. Opplevelser av hjelpeløshet og eksistensiell angst kan initieres i slike møter. Bevisstgjøring av egen forankring vil bidra til større trygghet og senket forsvar i møte med de eksistensielle utfordringene.

For studenten var pasientens vakre ytre og de grusomme tankene en vanskelig polaritet. Det samme gjaldt kontrasten mellom den varme vår - sola og pasientens indre mørke, hennes egen livsglede og pasientens dødsønsker. Å arbeide med forståelsen av at de ulike elementene snarere er ulike deler av en helhet enn uforenlige motsetninger, vil kunne bidra til at den uutholdelige spenningen dempes. Denne følelsesmessige avlastningen er viktig; Når private følelser blir overveldende vil det føre til at interesse og oppmerksomhet ikke er rettet mot pasienten, men innover i sykepleieren selv. Dette kaller Martinsen (2000) for *"føleri"*. Følelsene opphører å være et nyttig redskap i relasjonen og bidrar i stedet enten til en uhensiktmessig distanse - eller en nærhet som har sin hovedmotivasjon i hjelperens egne behov.

Å avlaste for spenninger og følelsestrykk vil også være forbyggende i forhold til utbrenthet. Fysiske lover viser at stor spenningsforskjeller kan føre til materialtretthet og brudd. Følelsesmessige spenninger kan føre til motløshet, tretthet og at isen brister for studenten.

Denne studenten er opptatt av sin manglende kompetanse. Knyttet til Skaus (2002) forståelse av kompetansebegrepet, mangler hun (slik hun beskriver seg selv) både tilstrekkelig kunnskap om selvmordsproblematikk og spesifikke ferdigheter knyttet til temaet.

Sykepleierstudenter i psykiatripraksis er noviser, ofte preget av en stykkevis forståelse og av at mye av oppmerksomheten er rettet mot egen mestring (Vråle 2000 a). Antakelig vil det og hankses med egne følelser i seg selv være utfordrende nok, og kan lett gå på bekostning av faglig funderte handlingsvalg. Studenten i intervjuet sier tydelig at det følelsesmessig var for

vanskelig å utforske pasientens suicidale ytringer nærmere. Dette kan føre til at den grad av faglige forståelse som faktisk er til stede, ikke kommer til sin rett.

”Kompetanse er et mål for den største stein eller partikkel som kan transporteres med vannet i en elv” (Store Norske Leksikons definering av geologisk kompetanse)

Overskrides grensen synker steinen. Studenten synes å være på grensen av sin bæreevne; Lidelsestrykket er stort og tungt, kontrastene skaper en uutholdelig spenning og kompetansen svarer ikke til utfordringene. Det handler virkelig om å være på tynn is – først og fremst fordi denne problematikken i seg selv er så utfordrende og vanskelig, men også fordi kunnskap og ferdigheter ikke strekker til. Antakelig er det slik at rom for smerte påvirker rom for læring; Med andre ord kreves at metoder i veiledning ivaretar studentens behov for bearbeiding av egne følelser og reaksjoner. Dette for at oppmerksomheten i større grad kan rettes mot pasienten, og mot oppøving av nødvendige ferdigheter.

Nettopp dette er veiledningens hensikt; Å øke selvforståelsen og å styrke kompetansen. (Vråle 1998). Med et anerkjennende og aksepterende utgangspunkt i veilandens fortelling og opplevde mening arbeides det med å romme og bearbeide følelser, se muligheter og å øve på ferdigheter.

5.1.2 Bristepunkter

Studenten forteller at det var *”krevende å være til stede”*. Så krevende at det ga seg fysiske utslag. Gjentatte ganger beskriver hun skjelving og svette på ryggen. Slike reaksjoner er ikke uvanlige hos studenter i forbindelse med praktisk utøvelse av sykepleie (Audet 1995). Få situasjoner er så krevende som samhandling med selvmordsnære mennesker. Hvem vet om det vil briste eller bære?

Studentens opplevelse av å være på tynn is ser ut til å sentrere seg særlig om å være vitne til pasienten fortvilelse og smerte. Dels lider hun inderlig med den andre, dels berøres såre punkter i hennes eget liv. Hun svarer på fordringen ved å forsøke å formidle mening og håp. Til dette bruker hun hele seg; hun holder rundt pasienten, forteller om andre som har funnet mening i mørket og framhever det allmenneskelige i pasientens opplevelser.

Dette illustrerer hvordan møtet med den selvmordsnære utfordrer både emosjonelt og relasjonelt. En utfordring som hjelperen ikke nødvendigvis møter med handlinger eller tiltak, *” men like mye med sin holdning, blick og kroppslig nærvær”* (Talseth 2001).

Parallelt med sin gode vilje og sitt omsorgsfulle nærvær, kjenner studenten en sterk trang til å hente pasienten ut av håpløsheten og mørket. Ingen skal ha det så vondt; ”*det skal ikke være slikt*”. Å la pasienten sette ord på og dvele ved den uutholdelige smerten og de tabubelagte tankene om å avslutte sitt eget liv, er kanskje det mest krevende i slike møter. (Vivat 1990). Erfaringen viser at dersom pasienten opplever et slikt rom, kommer han lettere i kontakt med sine grunner for å leve. Dette handler også om kongruens i kommunikasjonen. Dersom hjelperen begynner rette fokus mot framtid og håp før den selvmordsnære i tilstrekkelig grad har fått sette ord på sin håpløshet og smerte, kan det oppleves som avvisning og at slike tanker ikke tillates eller tåles.

På tross av usikkerheten og de vanskelige følelsene, forteller studenten at hun ikke kjente noe behov for veiledning i forlengelsen av den aktuelle hendelsen – verken samme dag eller senere. Dette begrunnes med at det gikk bra med pasienten - det var det som betydde noe. Likevel setter hun mot slutten av intervjuet med undring ord på hvor fint det var å få bruk tid på denne fortellingen, hvordan ting ble klarere på denne måten. Hun bruker selv begrepet veiledning om sin opplevelse av intervjusituasjonen.

Dette kan bety at tiden har modnet hennes mot og vilje til å gå inn i dette vanskelige landskapet. Det kan også hende at å komme velberget tilbake med pasienten og dermed kunne overlate det tyngende ansvaret til andre, skapte en altoverskyggende lettelse.

Et annet spørsmål er om relasjonen til praksisveileder, lærer eller veiledningsgruppe var trygg nok til å sette ord på den sterke opplevelsen. Møtet rørte jo også ved hennes smertefulle erfaringer fra tidligere; selvbebreidelsene og angeren over ikke å ha vært tilgjengelig nok for sin nabo.

Det kreves at praksisveileder og lærer er seg bevisst de belastninger studentene utsettes for i samhandling med selvmordsnære mennesker. Dette for å ivareta studenten, men også fordi manglende ettertanke og refleksjon øker faren for å etablere eller opprettholde uhensiktsmessige måter å møte den selvmordsnære på (Vråle 1998). Veiledningens muligheter er nettopp å bearbeide vanskelige opplevelser/følelser, å avlaste/gi krisehjelp og å øke tryggheten ved å forberede på mulige/forventede utfordringer av liknende art (Vråle 1998).

Veiledningens hensikt er økt selvforståelse og styrket kompetanse. Selvforståelse knytter seg til å gjenkjenne, akseptere og forstå egne følelser som angst, sinne, hjelpeløshet, skam og

meningsløshet. Det handler også om å arbeide med tanker og vurderinger som springer ut fra disse følelsene (Vråle 1998).

Et slikt arbeid krever en atmosfære av trygghet og akseptasjon. Å la seg veilede er å vise fram seg selv. Dette fordrer at praksisveileder og lærer demonstrerer det Audet (1995) kaller ”*caring behaviours*” i sitt møte med studenten; Ved å ha et overordnet fokus på mestring framfor å påpeke feil og mangler kan man sette mot i og initiere håp hos studenten. Evnen til sensitivitet er også avgjørende. Disse kvalitetene må etterstrebnes i relasjonen mellom lærer og student, praksisveileder og student og i veiledningsgruppene. Dette er primært lærer og praksisveileders ansvar.

I dagliglivet der studenten har sin praksis gis praksisveileder rik anledning både til å etablere en trygg relasjon til studenten. Her kan tegn på usikkerhet, stress og manglende mestring identifiseres. Enten ved direkte observasjon av studenten under utøvelse av ferdigheter, eller ved å lytte seg til og undersøke den meningen studentens fortelling måtte ha. Ved hjelp av ettertanke og refleksjon kan de to sammen sette ord på hva iden aktuelle situasjonen som skapte stress og usikkerhet (Audet 1995). Denne tilnærmingen gjør det mulig å arbeide konkret og målrettet med faglig og personlig vekst. Det samarbeidende fellesskapet mellom praksisveileder og student kan forstås som et forhold mellom mester og lærling; lærlingen lærer ved å se hva mesteren gjør (Tveiten 2002) – for eksempel når studenten observerer praksisveileders risikovurdering av en selvmorstruet pasient.

Et vesentlig poeng ved denne modellen er at mesterens formidling av kunnskap og ferdigheter også favner den såkalte tause eller inneforståtte kunnskapen som mesteren eller ekspertene ofte besitter (Benner 1995). Slik vil studenten/novisen få demonstrert det faglige skjønn som Martinsen (1989) kaller sykepleiefagets kjennemerke. Dette tas i bruk når generelle kunnskaper skal overføres til en konkret handling, og må læres i praksis. Et eksempel kan være hvordan de ulike trinnene i en risikovurdering må tilpasses individuelt. Både tempo og ordvalg vil være ulikt avhengig av om pasienten er en ung gutt eller en gammel kvinne. Mester/lærling modellen egner seg særlig med tanke på læring av konkrete og avgrensede ferdigheter, som for eksempel utarbeidelse av kontrakt for å forebygge selvmord hos en inneliggende pasient.. Samtidig skapes trolig spørsmål studenten ikke ville ha kommet i kontakt med gjennom andre former for kunnskapsformidling

Handlings og refleksjonsmodellen (Handal og Lauvås 2000; Tveiten 2002) er et godt supplement til mester/lærling modellen. Her rettes et refleksivt fokus mot grunnlaget for praksis hos studenten – faglig, etisk og personlig.

Vråle (2002) viser hvordan en anerkjennende atmosfære kan stimulere den faglige refleksjonen. Viktige tilnærminger er bekreftelse, sentrering, lindring og utfordring.

Bekreftelsen handler om ved aktiv lytting og genuin oppmerksomhet å gi autoritet til den andres opplevelser. Dette skjer når veileder lytter seg fram til den underliggende smerte i studentens fortelling fra et vanskelig møte med en selvmordsnær.

Sentrering er å holde fast ved et fokus over tid slik at det kan undersøkes nærmere. Lindring dreier seg om lettelse og trøst. Ved bruk av øm humor, liknelser og teori avkrefte og generaliseres de ubehagelige følelsene. Med utfordring menes her innbydelse til utvidelse og nye muligheter. Dette skjer ved at praksisveileder/lærer etterspør nyanserte begrunnelser tilpasset studentens nivå. Veiledning av novisen må ta opp i seg aspekter knyttet til tid, tempo og grad av forklaring. Det er viktig at omgivelsene tillater å stille spørsmål (Benner 1995)

Det er en kjensgjerning at selvmordsatferd berører og sårer hjelperen (Vråle 2000b; Mehlum 1999 c). Før studenten kan knytte sine erfaringer til en faglig forståelse må de vanskelige følelsene bevisstgjøres. Til dette er loggbok og fortellinger nyttige redskap.

Notater i loggboken kan knytte seg til spørsmål om aktuell hendelse (ofte et ”bristepunkt”), hva dette gjorde med studenten, hva hun tenkte og følte og hvilke kroppsreaksjoner som fulgte. Studenten gjør korte, daglige notater som siden bringes fram i ulike veiledningssammenhenger. Fortellingene kan være muntlige eller skriftelige. Også dette er et redskap til å analysere egen praksis og til bevisstgjøring av følelser.

Bearbeiding av følelser skjer både emosjonelt og kognitivt. Den emosjonelle bearbeidingen kan bare skje i en aksepterende atmosfære. Praksisveileder kan bli rollemodell for studenten når det gjelder å sette ord på vanskelige følelser knyttet til erfaringer fra praksis.

Lærer initierer rommet for følelser i veiledningsgruppen, og kan benytte ulike metoder til å bevisstgjøre og bearbeide disse (Tveiten 2002). Eksempler kan være rollespill der studenten vender tilbake til den aktuelle situasjonen og kommer i kontakt med følelsene som oppsto. Bruk av kreative teknikker som tegning eller collage eller å lytte til musikk kan også bidra til å sette fokus på de følelser som knytter seg til erfaringene fra praksis. Det er viktig å være var for og respektere den enkeltes grenser. Ivaretagelse gjennom kvaliteter som bekreftelse og

lindring (Vråle 2002) må være tilstede i gruppen. Lærer må demonstrere ”caring attitudes” (Audet 1995), og slik skape vilkår for vekst.

Følelser kan også bearbeides kognitivt. Ved for eksempel å vise til studier om følelsesmessige belastninger knyttet til samhandling med selvmordsnære mennesker, generaliseres smerten og blir lettere å bære.

De vanskelige følelsene har mange aspekter. Studenten jeg intervjuet ser ut til å ha en bristende tro på egen kompetanse. Hun har dårlig samvittighet for muligens ”å ha kryssset *terapeutens område*”, og er redd hun sagt ”ulovlige” ting. Flere ganger bruker hun begrepet ”bare student”. Hun sier også at hun ikke hadde trygghet og kunnskap nok til å fremstå som fagperson. Heller ikke ferdighetene – for eksempel i forhold risikovurdering – var tilstrekkelige.

Audet (1995) viser til flere studier som avslører at manglende kunnskap og erfaring fører til stress. Jo høyere stressnivå, jo større sannsynlighet for at angsten for ikke å strekke til virkelig fører til feil og derigjennom forsterket usikkerhet. Vanlige følelser i kjølvannet av dette er foruten engstelse (anxiety), fremtredende opplevelse av inkompetanse, oppgitthet, motløshet, realitetssjokk og ambivalens. Alt dette er faktorer som vil virke negativt inn på pasientbehandlingen i tillegg til å true det skjøre faglige selvbildet.

Veiledning av studenter må derfor i større grad enn ellers romme undervisning, forklaring, rådgivning og ledelse enn i veiledning av utdannede grupper

I tillegg er evaluering underveis en viktig veiledende funksjon for studenten. Her hjelpes hun til å reflektere og samtale om egen læringsprosess. I et samarbeidende fellesskap med lærer og praksisveileder tegnes et kart av nye muligheter (Vånar Hermansen et al 1992).

Erfaringer av at vanskelige følelser kan deles, bearbeides og knyttes til en faglig forståelse, øker trolig studentenes mot til fortsatt arbeid i møte med både bristepunkter og bærekvaliteter.

5.1.3 Bærekvaliteter

Studenten målbærer tydelig sin tro på å være medmenneske. Dette ser ut til å være den bærende kvalitet i møtet. Dette er det også hun griper til når isen holder på å bryte under lidelsestrykket, spenningen og den manglende teoretiske og praktiske kompetansen. Hun vil gjerne bety noe for den andre, bruke av sin tid, sin oppmerksomhet, sin omsorg og sitt tålmodige nærvær. Hun er utholdende og modig, og sitter i en og en halv time med pasienten

på en benk i vårsola. Hun vet og kjenner hva som fordres; *"det var jo ikkje en eksamensoppgave eg skulle løyse, det var jo et medmenneske"*.

Nettopp den *"allminnelige menneskelige forpliktelse til å følge den suicidal med allminnelig varm medmenneskelighet"* (Osberg I: Mehlum et al 1999, s. 417), beskrives i Talseths (2001) studie som bærende i seg liv og håp.

Studenten slår seg ikke for sitt bryst med tanke på hva hun har å gi i møtet. Riktignok tror hun på å bry seg om, men synes ikke hun har dekning på sin konto til de overveldende fordringene. Gjentatte ganger beskriver hun seg som *"bare student"* og viser til sin manglende kompetanse. Den gjeld hun aldri kan betale til naboen som tok sitt liv dirrer som en sår undertone i fortellingen.

Slik minner hun om enken i templet som i sin fattigdom ga alt og derfor mer enn de rike. Jeg erfarer ofte at studenter ringakter sin egen skjerv, og at de strever med å knytte sine handlingsvalg til en faglig forståelse. Å bekrefte den kunnskap, forståelse og innsikt som faktisk er til stede, er en utfordring i veiledning og undervisning (Vråle 2002). Det handler om å bringe bærekvalitetene fram i lyset.

Ved å undervise om hvilken betydning et lyttende, bekreftende nærvær faktisk har for den selvmordsnære (Talseth 2001), gis faglig autoritet til det studenter ofte omtaler som *"jeg var jo bare meg selv"*. Dette vil trolig øke tryggheten i møtet og styrke den faglige identiteten. Å bli bevisst bærekvalitetene kan øke motet i møte med utfordringene. Beredskap til å handle fordrer tro på egne muligheter til å lykkes.

I rollespillet ligger rike muligheter til bevisstgjøring av både følelser og grunnlag for handlingsvalg (Tveiten 2002). Her kan studenten gå tilbake til hendelsen og sammen med lærer og medstudenter og bli klar over både styrke og svakhet i egen tilnærming. Nye handlingsvalg kan utforskes og utprøves. Studentens læringsbehov kan settes i fokus, i praksisfeltet er pasientens behov hovedtema. I rollespillet kan det eksperimenteres med utsagn og tilnærminger, og øves på direkte i møte med suicidal ytringer. Slik får studenten kjenne på kroppen hvor det brister og hva som bærer i det vanskelige møtet. Ved hjelp av passende doser rådgivning og undervisning kan lærer styrke en gryende forståelse av sammenhengen mellom teori og praksis (Tveiten 2002; Bjørk og Bjerknes 2003).

Shneidman (1994) viser til at den vanligste stimulus ved selvmordsatferd er uutholdelig psykisk smerte. Denne typen kunnskap blir en bærekvalitet i møtet med den selvmordsnære når studentene veiledes fram til konkrete tilnærminger som kan lindre og dempe smerten.

I møtet i parken brukte studenten sin tid, sitt engasjement og sine krefter på å forsøke å hjelpe pasienten. På denne måten bar og ga hun trolig mer enn hun var klar over. Selv knytter hun sitt handlingsvalg til fordringen om å være medmenneske og ikke til faglig forståelse – verken når det gjelder selvmordatferd, sykepleie eller faglig kompetanse.

Vånar Hermansen et al (1992) fremholder den faglige identiteten som selve bærebjelken i den profesjonelle rollen. Faglig identitet som sykepleier utvikles gjennom deltakelse i pleiefellesskapet der studenten får kjennskap til fagets ferdigheter, kunnskaper, verdier og holdninger (Mekki og Tollefsen 2000). Den personlige identiteten gir farge og klangbunn til den faglige.

Studenten slites mellom studentrollen og medmenneskerollen. Når pasientens opplevelse av meningsløshet når sitt klimaks, lar hun det briste eller bære. *”Der blir jeg plutselig meg selv med hele meg”*. Hun forlater studentrollen for å konsentrere seg helt om å være medmenneske. Hun lar det stå sin prøve med om hun er faglig korrekt eller ikke.

På spørsmål om hun oppfatter medmenneskerollen som uforenlig med sykepleierrollen, finner hun det vanskelig å svare. Hennes faglige identitet synes vag og utydelig, og hun gjenkjenner ikke sine verdier som gangbare faglig sett.

Skau(2002) fremhever personlige egenskaper som følsomhet, evne til empati, engasjement og forståelse og holdninger, verdisyn og personlig modenhet som viktige elementer i den personlige kompetanse. Hadde fortellingen blitt gjenstand for veiledning, kunne lærer eller praksisveileder ha hjulpet studenten til å gjenkjenne egne kvaliteter og å knytte dem til en forståelse av profesjonell kompetanse.

Studenten beskriver seg selv stående på en stein for å trekke pasienten opp av meningsløshetens myr; *”Der stend pasienten på ein måte i meiningslaushetens myr og synker dypere og dypere ned, så da er det godt at ein kan stå på ein stein å dra han opp”*.

Her finner hun et fotfeste så hun ikke selv går under. Sin forankring finner hun først og fremst i bærekvalitetene i det menneskelige nærværet. Fra dette stedet forsøker hun og hankses med lidelsestrykket, kontrastene og sin egen angst i møtet. *”Eg følte at eg var litt på gyngende grunn i og med at eg var i praksis i psykiatrien, altså: Kva har du lov til og kva har du ikkje lov til”*.

En utfordring i undervisning og veiledning må være å utstyre studentene med de nødvendige ”tillatelser”. Dette handler om å knytte omsorgskvalitetene til en faglig forståelse;

"This ability of the nurse to presence oneself, to with a patient in a way that acknowledges your shared humanity, is the base of much of nursing as a caring practice" (Audet 1995).

Talseth (2001) bekrefter den faglige verdien av det menneskelige nærvær i møte med selvmordsatferd.

En annen form for "tillatelse" ligger i kunnskap knyttet til i samhandling med selvmordsnære; Hvor direkte kan man være? Hva kan og ikke minst bør man spørre om? Studenten trenger ferdigheter både på et førstehjelpsplan og knyttet til ulike grader av oppfølging av suicidale pasienter. Det må også være tillatt å være usikker, redd og såret i møte med disse vanskelige utfordringene. Følelsesmessige reaksjoner må alminneliggjøres og generaliseres ved hjelp av teori. Vi vet at reaksjonene kan være både voldsomme og smertefulle (Mehlum 1999c; Vråle 2000). Vi vet også at veien fra novise til ekspert er lang (Benner 1995). Det må tillates å være underveis, å være usikker er ikke det samme som å være inkompetent. Å tro at man kan arbeide med selvmordstruede mennesker uten i noen grad å kjenne seg på tynn is eller gyngende grunn, er verken realistisk eller ønskelig.

Den ønskede tryggheten handler vel så mye om å kjenne sitt fundament som om følelser. Skal studentene i sin framtidige yrkesutøvelse bli gode førstehjelpere med den nødvendige bevissthet om sitt forebyggende potensial, må de gis en plattform for utøvelse av sykepleie i møte med den selvmordstruede. Hvem vil ellers våge seg ut i håpløshetens myr?

5.1.4 Plattformen

"Love is not enough"

Selv om studenten bar med seg viktige kvaliteter knyttet til personlige egenskaper og bevissthet om eget verdisyn, er det nødvendig å lytte til hennes opplevelse av bristende kompetanse i møte med den suicidale pasienten.. Relatert til Skaus (2002) kompetansetrekant manglet hun både teoretisk kunnskap og spesifikke ferdigheter knyttet til møtet.

Kunnskap som plattform

En viktig del av plattformen for utøvelse av sykepleie i møte med det selvmordstruede menneske, er kunnskap om fagområdet suicidologi. Etter endt praksisperiode sier studenten at hun vet mer enn før, og at dette har fått konsekvenser;

"La oss sei det slik; For eit år siden så ville eg kanskje ikkje hatt evne til å se – se at pasienten hadde eit slikt problem. Kunne kanskje ha ignorert sånt før fordi eg ikkje visste...Eg

har rett og slett ikkje vore so oppmerksom på at selvmordstanker er så vanlig. Ut fra den kunnskapen eg har fått i ettertid så ville eg ha fått den pasienten til å forklare litt meir om kva ho meinte med uttalelsene.”

Her viser studenten hvordan kunnskapen gir et bredere repertoar av handlingsvalg å spille på. Det gir også hjelp til å prioritere; Først og fremst ville hun ha kartlagt meningen, altså faren. Slik gir den teoretiske kompetansen utøvelsen en retning;

”I begrepet profesjonell skal det ligge en garanti for at handlinger utført i praksis ikke er tilfeldige eller et resultat av ubevisst tradisjon og vane, men er bevisst valgte. Den profesjonelle kan, i motsetning til en assistent, begrunne sine handlinger” (Karen Jensen sitert i Vånar Hermansen et al 1992)

Undervisning er formidling av kunnskap i planlagte læringssituasjoner. Forelesninger er den vanligste formen for undervisning – studentaktive metoder som dialog og gruppeaktiviteter kan trekkes inn (Bjørk og Bjerknes 2003). Viktige temaer i undervisning knyttet til selvmordsproblematikk er *omfang, risikogrupper, selvmordsprosessen, intervensjon og forebygging*.

Å bli klar over at selvmord er en langt vanligere dødsårsak enn trafikkulykker i Norge (Retterstøl et al 2002) opprører som regel studentene. Slik klargjøres behovet for en førstehjelpsberedskap. Ofte skapes også motivasjon for en utvidet forståelse og fordypning i teori.

Kunnskap om *risikogrupper* er grunnleggende viktig med tanke forebyggende muligheter knyttet til studentenes fremtidige yrkesutøvelse på ulike arenaer i helsevesenet.

Mari eksemplifiserer dette med å vise til at hun heretter vil ha selvmordstanker som mulig tolkning i møte med en eldre, ensom og tiltakende aggressiv mann i hjemmesykepleien.

Forståelsen av *selvmordsprosessen* som en utvikling over tid fra tanke til handling gir forståelse for fenomenets kompleksitet og dynamikk. I dette ligger også en viktig mulighet til å avlive myter av typen ”lyn fra klar himmel”. Prosessforståelsen synliggjør både risikomomenter og muligheter i et samvirke. (Mehlum 1999 b; Retterstøl et al 2002; Vråle 1993). I studentens fortelling aksentueres den suicidale krisen når belastningene hopper seg opp (hun er ny-syk, ensom og skal flytte). En sentral hensikt bak selvmordsatferd er problemløsning (Shneidman 1994). En viktig tilnærming vil være i størst mulig grad (konkret) å avlaste pasienten. Ved å ta i bruk nevnte kunnskap kan studenten lytte/samtale seg til hvor skoen trykker mest, for så i samarbeid med pasienten å tematisere dette for

behandlings-ansvarlig lege og/eller sykepleier (dersom egen rolle og kompetanse setter grenser for oppfølging). Slike eksempler kan brukes i undervisning.

Intervenering krever kunnskap om faresignaler - og mot til å utforske dem. Å spørre pasienten direkte om han tenker på - og planlegger selvmord - er en krevende oppgave for en student. Teoretisk kunnskap knyttet til risikovurdering (Mehlum 1999c) er derfor en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning.

Mester-lærlingmodellen der studenten observerer sykepleieren i en risikovurdering, kan være en god forberedelse. Bruk av rollespill gir studentene mulighet til å forberede seg på den krevende ferdigheten i en trygg atmosfære der fokus er på egen læring og ikke pasientens behov (Tveiten 2002).

Selvmondsforebyggende arbeid baserer seg på forståelsen av selvmord som et folkehelseproblem og først og fremst som en utfordring på det samfunnsmessige plan. Forbygging forgår via lavrisikotiltak (generelle helse – og folkeopplysningsprogrammer), i forhold til utsatte grupper(sekundærforebygging) og direkte rettet mot personer med en aktuell selvmordsproblematikk (Vråle 2000; Haukø og Ystgaard 1998). Studenter i psykiatripraksis vil særlig gjøre erfaringer knyttet til sistnevnte gruppe. Undervisningen bør likevel ta opp i seg de muligheter og det ansvar som ligger på studentene både privat og som fagpersoner i forhold til forebygging av selvmord. Studenten i intervjuet har gjort seg tanker om sin fremtidige håndtering av selvmordsatferd;

”Eg forventar at eg på ein måte – eg må i alle fall ikkje oversjå det, eg må være klar over at det er risiko, prøve å høre hva det er menneske sier og ikke fare så fort forbi”.

Uten å være klar over det, postulerer studenten en god programerklæring for forebygging av selvmord: Å være klar over risiko, ta tid til å lytte og oppfatte hva den andre sier.

Den teoretiske kompetansen relaterer seg selvsagt også til sykepleiefaget. For kortere eller lengre tid, helt eller delvis kompenserer sykepleieren for pasientens funksjonssvikt i forhold til å ta ansvar for eget liv (Vråle 1993/2000).

Benner og Wrubel (1989) forstår funksjonssvikten som brudd på mening, og knytter dette til opplevelse av stress. I en selvmordskrise vil stress særlig relatere seg til uutholdelig psykisk smerte, behovet for å finne en utvei og opplevd håpløshet (Shneidman 1994). Mestring er svaret på stress (Benner og Wrubel 1989). Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å velge andre mestringstrategier enn selvmordet. Mari forsøkte å vise til at ting endrer seg over tid, og at livet kan bli lysere igjen – i litt generelle vendinger. Undervisning må fokusere på

hvordan pasientens indre og ytre ressurser identifiseres, kontaktes og styrkes. Derfor er temaer knyttet til selvbylde, mestring og egostøttende sykepleie sentrale byggesteiner i plattformen.

Martinsen (1986) fremhever tre aspekter ved omsorgsbegrepet, deriblant det moralske. Dette fokuset på hvordan vi *er* i relasjonene, er viktig. Pasienten befinner seg i den svake og avhengiges posisjon. I en suicidal krise hvor det kan bli aktuelt med maktbruk for å redde liv, er det av stor betydning at handlinger begrunnes etisk. Etiske refleksjoner må også knyttes til de grunnleggende spørsmål som oppstår i møte med selvmordsatferd;

Har et menneske rett til å ta sitt eget liv? Har andre rett og/eller plikt til å hindre en slik handling? Dette egner seg for gruppesamtaler og dialog i undervisningen. Bevisstgjøring av både privat etikk og yrkesetikk er en viktig forberedelse for møtet med pasienter som kanskje har et helt annet etisk standpunkt enn sykepleieren. Både fordi tilfeldige og utydelige holdninger kan føre til uhensiktsmessige og fordømmende måter å møte pasienten på, men også fordi mennesker i selvmordskrise ofte ikke ser andre løsninger enn døden (jf kognitiv innsnevring, Shneidman 1994). Møtet med andres refleksjoner kan gi pasienten et virksomt korrektiv til egen oppfatning (Vråle 1993/2000).

Arbeidet med etiske spørsmål hører hjemme både i undervisning og veiledning, og representerer armeringen når en plattform for faglig utøvelse i møte med den selvmordstruede skal bygges.

Praktiske ferdigheter som plattform

En annen side av kompetansetrekanten (Skau 2002) er yrkesspesifikke ferdigheter.

Praktiske ferdigheter er komplekse handlinger, og kan omfatte det Bjørk og Bjeknes (2003) benevner som substans/innhold, sekvens, nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg. For eksempel handler en risikovurdering av en suicidal pasient ikke bare om å stille pasienten de konkrete spørsmålene (substans), men om en naturlig rekkefølge og kongruent kommunikasjon (sekvens). Det dreier seg også om å utføre ferdigheten uten nøling og fomling, at sykepleieren har gjort redskapet som brukes til sitt (flyt). Å fullføre vurderingen og samtidig være nærværende, tåle avbrudd og romme de avstikkere som ofte oppstår, har med integrasjon å gjøre. Det samme gjelder evnen til å sette den avgrensede ferdigheten inn i en større sammenheng, for eksempel å se at den pågående risikovurdering ikke er tilstrekkelig for pasienten. Omsorg kan sees som ferdighetens omsluttende element. Å skape en atmosfære preget av kvaliteter som respekt og akseptasjon, er en nødvendig del av risikovurderingen.

Dette fordrer øye for pasientens ressurser slik at han ikke unødig fratras ansvar for eget liv. Med utgangspunkt i pasientens situasjon, hva som er viktig for vedkomne og de mestringsmuligheter som er innen rekkevidde, forankres omsorgen i en grunnleggende holdning hos sykepleieren; å ta vare på den andre (Benner og Wrubel 1989; Martinsen 1986).

Forståelsen av hvor komplekse de praktiske ferdighetene er - og bevisstheten om hvor krevende studenter opplever utførelsen av dem - er nødvendig for gjennom undervisning og veiledning kunne styrke studentenes handlingsberedskap i møte med selvmordstruede mennesker.(Bjørk og Bjerknes 2003;Audet 1995). Vanlige praktiske ferdigheter knyttet til selvmordsatferd er risikovurdering, ulike grader av oppfølging fra ulike former for tilsyn til fotfølging og bruk av kontrakt for å forebygge selvmord.. Undervisningen må rette seg mot substans (innhold) i disse ferdighetene, og ta opp i seg de behov novisen har for forklaringer og for å kunne stille spørsmål (Benner 1996; Vråle 2000a) . Undervisning er et nødvendig, men ikke tilstrekkelig grunnlag for å kunne ta ferdighetene i bruk i den kliniske hverdag. Læringsprosessen må følges opp i gruppeveiledning, og i veiledet praksis der studenten lærer av praksisveileder og reflekterer sammen med henne før og etter situasjonene. Novisen vil trolig ha problemer med sekvens, flyt og integrasjon (Benner 1996; Vråle 2000a; Bjørk og Bjerknes 2003). Rollespill vil gi mulighet til øvelse, til å kjenne etter hva som fungerer og ikke og til å prøve på nytt. Slik skaper en større grad av forberedthet til utøvelse i virkeligheten.

Martinsen (1989) knytter de praktiske handlingene til omsorgsbegrepet., og peker på hvordan ”skjønnet” må tas i bruk når de generelle prinsippene skal omsettes til konkret handling. Dette kan bare observeres hos og læreres av erfarne sykepleiere i praksis. Derfor er det et tankekors at studenter ofte blir alene med suicidale pasienter i krevende møter. Å bygge en plattform handler også om i dialog med praksisfeltet å bevisstgjøre betydningen av at studenten (novisen) får følge praksisveileder (eksperten) når ferdigheter i møte med den suicidale skal utøves. Like viktig er den systematiske veiledningen før og etter situasjoner der studenten prøver seg ut alene med pasienten.

Personlig kompetanse som plattform

Skau (2002) lar den personlige kompetansen være selve grunnlinjen i kompetansetrekanten. Det er neppe tilfeldig;

” Den personlige kompetansen vil ofte være den som bestemmer hvor langt vi vil kunne nå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter”

Kan hende forklarer dette at isen holdt for Mari– på tross av manglende teoretisk kompetanse og bristende ferdigheter i forhold til å utforske de suicidale ytringene. Hun brukte det hun hadde, og viste til praksisveileder og mulighetene for hjelp hos henne og i avdelingen; *”men så lova eg ho at vi skulle snakke med kontaktsjukepleiaren om disse selvmordstankane når vi kom tilbake”*.

Å arbeide med den personlige kompetansen er et mål gjennom hele utdanningen. Dette er en prosess som skal lede fram mot *”Evne og vilje til å etablere, gjennomføre og å være utholdende i mellommenneskelige forhold. Orientering mot andre, empati, situasjonsforståelse, selvtillit, mot samhandlings – og kommunikasjonsferdigheter er vesentlige elementer”* (Rammeplanen 2000, s. 9)

Mari ga av sitt lyttende nærvær, sin tid og sin vilje til å rette fokus mot pasienten. Dette er kvaliteter som harmonerer med Rammeplanens målsetting, og som kan bidra til håp og styrke livsviljen hos den suicidale pasienten (Talseth2001).

Undervisning og veiledning knyttet til samhandling med selvmordsnære mennesker, må ta opp i seg betydningen av at studenten arbeider med den personlige kompetansen. Denne prosessen ivaretas ikke ved forelesninger, men må bevisstgjøres og følges i samarbeid med studenten gjennom veiledning, evaluering og vurdering. Det er viktig at lærer og praksisveileder forbereder og bevisstgjør studenten på betydningen av dette – både på forhånd og underveis.

Å bygge en plattform for utøvelse av sykepleie i møte med det selvmordsnære menneske, er å arbeide med de ulike sidene av den profesjonelle kompetansen. På de forskjellige læringsarenaene og ved hjelp av ulike metoder må utdanningen søke å styrke studentens teoretiske, yrkesspesifikke og personlige kompetanse.

Et vesentlig poeng ved dette arbeidet er klarhet i forhold til målsetting. Rammeplanen (2000) betegner samhandling med mennesker som står i fare for å ta sitt eget liv som et område der det forventes handlingsberedskap og ikke handlingskompetanse. Det betyr konkret at for å kunne ta et selvstendig sykepleiefaglig ansvar for pasienter med slik problematikk, kreves erfaring og opplæring i praksis innen psykiatrisk spesialisttjeneste.

Utdanningen har en utfordring i forhold til å avklare og presisere hvilke praktiske konsekvenser dette har for undervisning og veiledning av studenter knyttet til kliniske studier

i psykisk helsearbeid. Verken fag – eller studieplan (ved denne skolen) konkretiserer hvilket innhold og mål undervisning og veiledning rettet mot selvmordsatferd skal ha.

Mari fremhever litteraturstudium og en temadag om selvmordsproblematikk som særlig viktig for egen læringsprosess;

”Eg trur så veldig på informasjon, det er alfa og omega. Hvis me ikkje veit, kva kan me da gjere? Da blir jo ting helt lause; det er jo heilt fantastisk at vi har dette på skolen, at dere har satt ord på alle disse tingene som har med selvmord å gjøre.”

Det er et paradoks at undervisning knyttet til selvmordsproblematikk gis som et frivillig tilbud til studenter, mens undervisning om livreddende førstehjelp (somatisk) er obligatorisk.

Langt flere dør av selvmord enn i trafikken i Norge pr. år (Retterstøl et al 2002). Å gjennomføre førstehjelpskurs knyttet til selvmordsartferd for studenter, ville styrke studentenes livreddende beredskap både på ulike arenaer i helsevesenet og privat.

Undervisning og veiledning knyttet til spesifikke ferdigheter som for eksempel fotfølging og utdypende teori kan ivaretas knyttet til undervisning i psykiatrisk sykepleie og psykiatri.

Det velprøvde og faglig anerkjente kurset ”Førstehjelp ved selvmordsfare” (Vivat 1990) gir en systematisk og praktisk gjennomgang av holdning og handling i møte med selvmordsatferd. Å integrere dette i undervisningstilbudet vil være et viktig bidrag til styrking av sykepleierstudentenes handlingsberedskap i møte med selvmordstruede mennesker.

5.2 Oppsummering pkt. 5.0

Det er viktig å identifisere både bristepunkter og bærekvaliteter hos studenten. Ved et anerkjennende og bekreftende nærvær kan praksisveileder og lærerhjelpe studenten til å romme de vanskelige følelsene. Å bli klar over egen styrke øker motet til å handle.

Handlingsvalg må forankres faglig. Undervisning og veiledning er redskaper til å bygge en plattform for hensiktsmessig utøvelse av sykepleie i møte med selvmordsnære mennesker.

6.0 Konklusjon

Studien har hatt til hensikt å belyse hvordan undervisning og veiledning kan bidra til å styrke sykepleierstudentens handlingsberedskap i møte med det selvmordsnære menneske.

Mangeårig erfaring fra klinisk arbeid med selvmordstruede pasienter og siden med studenter i psykiatripraksis har gitt meg et sterkt inntrykk av at møtet med selvmordsatferd både ryster og

rammer studentene. Lysten til å lære, viljen til å forstå og motet til å handle har de likevel bevart. Nettopp dette spennet mellom de vanskelige utfordringene og mulighetene til vekst må tas på alvor i utdanningen.

Det er på den ene side en ambisiøs målsetting å skulle styrke et møte der den eksistensielle nøden er så overveldende at livet trues. På den annen side kan troen på styrken i det medmenneskelige nærvær og det å gi en hjelpende hånd med de grunnleggende og mest påtrengende daglige behov, forankres i kunnskap og forskning knyttet til fenomenet selvmord.

Slik kan bærekvaliteter knyttes både til kunnskap, ferdigheter og personlig kompetanse.

Som Mari sa; *”hvis me ikkje veit noko då blir jo ting heilt lause”*. Derfor må sykepleierutdanningen være målrettet i forhold til hva studenter skal lære om selvmord, selvmordsrisiko og intervensjon. På samme måte må det på de ulike læringsarenaene gis rom for veiledning knyttet til praktiske ferdigheter i møte med selvmordsatferd. Erfaringer må knyttes til en faglig forståelse for at vekst og modning skal finne sted.

Jeg tror at dette bare kan skje i en atmosfære av anerkjennelse der studenten våger å vise fram seg selv. Å bli kjent med egen styrke og svakhet er en forutsetning for faglig og personlig vekst. Dette fordrer at lærer og praksisveileder oppfatter og gir rom for studentens følelser og reaksjoner i møte med selvmordsnære pasienter.

Både litteraturstudiet og intervjuet har forsterket mitt inntrykk av at studenten er på tynn is i disse vanskelige møtene. Samtidig er bevisstheten om det gull de gjemmer blitt styrket. Som en student sa; *”Kanskje var det viktig for henne at jeg bare var der og viste at jeg brydde meg og hørte på det hun sa”*.

Å gjøre intuitive forståelsen faglig gyldig gjennom veiledning og undervisning vil bidra til en styrket handlingsberedskap. Trolig også til den motivasjon Mari erfarte; *”eg må i alle fall ikkje oversjå det, eg må vere klar over at det er ein risiko og ikkje fare så fort forbi.”* Slike erkjennelser er gull verdt – ikke minst for de pasienter Mari vil komme til å møte i sin karriere som sykepleier.

Studien reiser viktige spørsmål snarere enn å gi svar. Hvilke valg skal gjøres innefor de rammer som er gitt i utdanningen? Det fordres en kritisk gjennomgang av valgt pensum, og en større bevissthet knyttet til retning for veiledning gitt på de forskjellige arenaer. Dette utfordrer også samarbeidet mellom skole og praksisfelt. En nærmere avklaring av begrepet

handlingsberedskap er viktig. Jeg vil anbefale at man i grunnutdanning i sykepleie innfører tema Førstehjelp ved selvmordsfare.

Å styrke sykepleierstudentens handlingsberedskap i møte det selvmordstruede menneske kan være både livreddende og forebyggende arbeid.

Referanser

Audet M.C. (1995) *Caring in Nursing Education: Reducing Anxiety in the Clinical setting*
Nursing Connections, Volume 8, Number 3, Fall 1995 21 – 28*

Benner P. (1984) *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*
Addison-Wesley Publishing Company, California

Benner P. (1995) *Fra novise til ekspert; dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*
Tano, Oslo

Benner P., Wrubel J (1989) *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*
Adisson –Wesley Publishing Company, California

Beskow J. (2001) *Kulturens betydelse för vår förståelse av självmordshandlingar I:*
Amundsen K., Mehlum L, Schjelderup G (red)
Humanistisk-medisinske perspektiver på selvmord og forebygging Seksjon for
selvmordsforskning og – forebygging, Universitetet i Oslo *

Bjørk I.T., Bjerknes M.S. (red), (2003) *Å lære i praksis – en veiviser for studenten*
Universitetsforlaget, Oslo*

Bø A.K., *Omsorgens ansikt, om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*
Universitetsforlaget 1996

Dahlberg K., Drew N.(1997) *A lifeworld paradigm for nursing research*
Journal of Holistic Nursing 15 (3), 303-317)

Durkheim È. (2001) *Selvmodet – en sosiologisk undersøkelse.* (Utvalg og innledning ved
Østerberg D.) Gyldendal, Oslo

- Eriksson K. (1986) *Vårdanets idé* Almquist & Wibsell, Stockholm
- Fog J. (1995) *Med samtalen som utgangspunkt* Akademiske forlag, København
- Fog J.(1996) i: Holter H., Kalleberg R. (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* Universitetsforlaget, Oslo
- Føllesdal D., Walløe L., Elster J.(1990) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsteori* Universitetsforlaget, Oslo
- Grønmo S. (1996) i: Holter H., Kalleberg R.(red) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Universitetsforlaget, Oslo
- Guldbrandsen A. (1997) *Et praksisperspektiv på teori og praksis. Implikasjoner for profesjonsutdanningen* I: Bergland A. *Praksis – velferdsyrkenes kunnskapsgrunnlag?* Tano:Aschoug, Oslo
- Hammerlin Y., Enerstvedt T. (1988) *Selv mord i virksomhetsforståelsens perspektiv* Falken, Oslo
- Hammerlin Y., Schjelderup G.(1994) *Når livet blir en byrde* Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Handal G., Lauvås P.(2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori* Cappelen, Oslo
- Harder I (1990) I: Jensen T. m. fl. *Grundlagsproblemer i sykeplejen. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfund* Forlaget Philosophia, Århus
- Haukø W., Ystgaard M.(1998) *Å forstå og forklare selvmordsatferd* Statens helsetilsyn , Oslo*
- Hejlmeland H. (1999) *Parasuicid (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter* I: Mehlum (red) *Tilbake til livet* HøyskoleForlaget, Kristiansand

Holme I.M., Solvang B.K. (1991) *Metodevalg og metodebruk* Tano, Oslo

Holter H., Kalleberg R. (1996) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*
Universitetsforlaget, Oslo

Hummelvoll J.K. (1997) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*
Gyldendal Akademisk, Oslo

Hummelvoll J.K., Barbosa da Silva A. *Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten*
Vård i Norden (1996) Vol. 16 No.2 PP 25-32

Hermansen M.V., Carlsen L.B., Vråle G.B. (1992) *Sykepleiefaglig veiledning*
Ad Notam Gyldendal, Oslo

Holten K. (red) (1995) *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994 – 1998*
I serie: Skriftserie/Statens helsetilsyn; 4-95 Oslo

Husserl E. (1989) *Fenomenologiens idè* Diadolos, Gøteborg

Jensen K. (1992) sitert I: Hermansen M.V. m. fl. *Sykepleiefaglig veiledning* Ad Notam
Gyldendal, Oslo

Kierkegaard S. (1982) sitert etter Henriksen I: Handal G., Lauvås P. *Veiledning og praktisk yrkesteori*, Cappelen, Oslo

Kirkevold M. (1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* Ad Notam Gyldendal, Oslo

Kruuse E.(1996) *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslektede fag* . Dansk
psykologisk forlag, København

Kvale S.(1997) *Det kvalitative forskningsintervju* Ad Notam Gyldendal, Oslo

Kvale S., Fog J. (1992) *Artikler om Interviews* Aarhus: Center for kvalitativ metodeutvikling, Psylogisk Institut, Aarhus Universitetet

Løgstrup K.E. (1956) *Den etiske fordring* Copenhagen: Gyldendal

Martinsen K (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin – historisk – filosofiske essays* Tano, Oslo

Martinsen K (2000) *Øyet og kallet* fagbokforlaget, Vigmostad & Bjørk AS

Martinsen K (2003) *Fenomenologi og omsorg* Universitetsforlaget, Oslo

Mehlum L. (1999 a) *Hva er selvmord og hvor hyppig er det?* I: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis* HøyskoleForlaget, Kristiansand

Mehlum L., Hytten L. (1999 b) *Hva vet vi om årsakene til selvmord?* I: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* HøyskoleForlaget, Kristiansand

Mehlum L. (1999 c) *Vurdering av selvmordsfare* I: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* Høyskoleforlaget, Kristiansand

Mehlum L. (1999 d) *Hva alle bør vite om selvmord, selvmordsrisiko og intervensjon ved kriser* I: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* HøyskoleForlaget, Kristiansand

Mehlum L (2002) Forlesning v/ Videreutdanning i selvmordforebyggende arbeid, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, universitetet i Oslo, februar 2002

Mekki T.E., Tollefsen S. (2000) *På terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke* Akribe, Oslo

Nerheim H. (1995) *Vitenskap og kommunikasjon* Universitetsforlaget, Oslo

Nåden D., Braut E. (1992) *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming – i sjukepleieforskning* universitetsforlaget; Oslo

Olsson H., Sörensen S. (2003) *Forskningsprosessen* Gyldendal Akademiske, Oslo

Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord (2000-2002) Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

Osberg S. (1999) *selvmord og etikk I*: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis* Høyskoleforlaget, Oslo

Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning (2000) . Fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Norgesnettrådet, Oslo

Repstad P. (1993) *Mellom nærhet og distanse* Universitetsforlaget, Oslo

Retterstøl N. (1995) *Selvmod* Universitetsforlaget, Oslo

Retterstøl N., Ekeberg Ø., Mehlum L. (2002) *Selvmod – et personlig og samfunnsmessig problem* Gyldendal Akademiske, Oslo

Schjelderup G. (1999) i: Mehlum L. (red) *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis* HøyskoleForlaget, Oslo

Shneidman E. (1994) *Definition of suicide* Jason Arison Inc., New Jersey*

Skau G. (2002) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse som utfordring* Cappelen Akademiske, Oslo*

Strand L. (1990) *Fra kaos mot samling mestring og helhet* Ad Notam Gyldendal, Oslo

Sällström (1989) *Funderingar och ettertanke kring dialogbereppet* Dialoger 1., sitert I: Strömquist & Strömquist: *Samtal som arbeidsform*. Studentlitteratur, Lund

Talseth A.G. (2001) *Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepresonell* Tidsskriftet Suicidologi nr. 2-2001 *, Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging, Universitetet i Oslo

Thornquist E. (2003) *vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* Fagbokforlaget, Oslo

Travelbee J. (1999) *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* Universitetsforlaget, Oslo

Undervisningsplan, Sykepleie til pasienter med psykiske lidelser og til pasienter i hjemmesykepleie, xxxxxhøgskole

Vivat – undervisningsprosjekt (1999) *Førstehjelp ved selvmordsfare* Universitetssykehuset Nord Norge, Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling, Tromsø*

Vråle G.B. (1998) *Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket* Tidsskriftet Suicidologi nr.2-1998, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo*

Vråle G. B. (2000 a) *Veiledning som kompetanseutvikling – et differenssiert veiledningstilbud belyst ut fra Patricia Benner** i: Teslo A.L.(red) *Mangfold i faglig veiledning* Universitetsforlaget, Oslo

Vråle G.B. (2000 b) *Møte med det selvmordstruede mennesket* Gyldendal Akademiske, Oslo*

Vråle G.B. (2002) *Anerkjennelse – et utgangspunkt for faglig refleksjon i veiledning* Tidsskriftet Sykepleien nr. 11-2002, Oslo*

* Selvvalgt pensum

Selvvalgt pensum

Audet M.C. (1995) *Caring in Nursing Education: Reducing Anxiety in the Clinical setting*
Nursing Connections, Volume 8, Number 3, Fall 1995 21 – 28 (7 sider)

Amundsen K., Mehlum L, Schjelderup G (red)
Humanistisk-medisinske perspektiver på selvmord og forebygging Seksjon for
selvmordsforskning og – forebygging, Universitetet i Oslo (124 sider)

Bjørk I.T., Bjerknes M.S. (red), (2003) *Å lære i praksis – en veiviser for studenten*
Universitetsforlaget, Oslo (180 sider)

Devold S.F. (1995) *Fristen – Pias bok* Cappelen, Oslo (228 sider)

Dyregrov K., Nordanger D., Dyregrov A. (2000) *Omsorg for etterlatte ved selvmord.*
Etterlattestudien Senter for Krisepsykologi, Bergen (165 sider)

Felischer E. (2000) *Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøk som talehandling*
Odense Universitetsforlag (286 sider)

Haukø W., Ystgaard M.(1998) *Å forstå og forklare selvmordsatferd*
Statens helsetilsyn , Oslo (67 sider)

Hyttén K., Mehlum L., Gjertsen F. (1995) *Rom for unge liv: selvmord hos barn og unge:
utviklingen i Norge de siste 20 år: forklaringsforsøk.* Psykiatrisk klinikk Vinderen,
Kontoret for katastrofepsykiatri - Universitetet i Oslo, Forsvarets sanitet og Statistisk
sentralbyrå, Oslo (118 sider)

Lindberg E. (1998) *Att välja döden. En socialpsykologisk studie av livs(o)vilja*
Carlsons Bokförlag, Stockholm (298 sider)

Shneidman E. (1998) *Definition of suicide* Jason Arison Inc., New jersey (28 sider)

Skau G. (2002) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse som utfordring*
Cappelen Akademiske, Oslo (168 sider)

Statens helsetilsyn (2000) *Handlingsplan mot selvmord – Sluttrapport* Skriftserie 3-2000,
Oslo (45 sider)

Talseth A.G. (2001) *Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepresonell* Tidsskriftet Suicidologi nr. 2-2001, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo (3 sider)

Vrålø G.B. (1998) *Om hjelperrollen i møte med det selvmordsnære mennesket* Tidsskriftet Suicidologi nr.2-1998, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo (4 sider)

Vrålø G. B. (2000 a) *Veiledning som kompetanseutvikling – et differensiert veiledningstilbud belyst ut fra Patricia Benner i: Teslo A.L.(red) Mangfold i faglig veiledning*
Universitetsforlaget, Oslo (27 sider)

Vrålø G.B. (2000 b) *Møte med det selvmordstruede mennesket*
Gyldendal Akademiske, Oslo (150 sider)

Vrålø G.B. (2002) *Anerkjennelse – et utgangspunkt for faglig refleksjon i veiledning*
Tidsskriftet Sykepleien nr. 11-2002, Oslo (3 sider)

Ystgaard M. (1993) *Sårbar ungdom og sosial støtte: en tilnærming til forebygging av psykisk stress og selvmord* Rapport/ Senter for sosialt nettverk og helse nr. 1/93 (103 sider)

Selvvalgt pensum totalt: 2002 sider

Obligatorisk pensum

Antovsky, A.(2000) *Helbredets mysterium* København: Hans Reitzel forlag (202 sider)

Holten K. (1995) *Handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. I serie: Skriftserie/Statens helsetilsyn; 4-95 Oslo (35 sider)

Hawton&van Heeringen (eds) (2000) : *The international handbook of suicide and attempted suicide* Chicester: Wiley (725 sider)

Schibbye A-L.L. (1998) *Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori*. I: Anderson og Karlsson: *Psykatri i endring* Ad Notam Gyldendal, Kap. 6 (20 sider)

Mehlum L. (red) *Tilbake til livet* HøyskoleForlaget, Kristiansand (450 sider)

Oppfølgingsprosjekt Tiltak mot selvmord 2000-2002. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo (15 sider)

Retterstøl N. (red.) (2002) *Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem* Gyldendal Akademiske, Oslo. Kap 4,5,15 og 26

Ramsay R.F. m.fl (2000): *ASIST, Trainers manual, Standard procedures*. Kap I-IV. Calgary: Living Works Education (219 sider)

Seikkula J. (2000) *Åpne samtaler* Tano Aschehoug, Oslo. Kap. 2,3,4 og 9 (63 sider)

Silverman M. (1996) *Approaches to suicide prevntion: a focus on models*. I Ramsey R.F. & Tanney B.L. *Global trends in suicide prevention: toward the development og national strategies for suicide prevention*. Mumbai: Tana Institute of Social Sciences. Kap 2 (69 sider)

Van Heeringen, K. (red) (2001) *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chicester: Wiley (307 sider)

Weiseth, L. & Dalgaard O.S. *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Gyldendal Akademiske. Kap. 19 (12 sider)

Hovedtema:

Du har vært 10 uker i psykiatripraksis.

Kan du **fortelle om et møte/en erfaring med en selvmordsnær pasient?**

Underspørsmål (fokus):

- Når du tenker tilbake på dette; Hvilke følelser var de mest fremtredende hos deg i denne situasjonen?
- Hvis du tenker tilbake på dagen du forteller om; hvordan hadde du det etter denne episoden? Fikk du den støtte/hjelp/veiledning du hadde behov for?
- Lærte du noe av episoden?
 - o hvis ja; hva bidro til denne læringen?
 - o hvis nei; har du noen tanker om hvorfor?
- Hvis du tenker på skolens totale tilbud til undervisning/veiledning (inkl. veiledning gitt av praksisveileder på avdelingen) når det gjelder selvmordsproblematikk, hva har vært viktigst for din læringsprosess?
- Vil du si at det er noen forskjell på din handlingsberedskap i forhold til selvmordsnære mennesker før og etter praksisperioden?
 - o hvis ja; kan du beskrive litt nærmere hva som har skapt denne endringen?
 - o hvis nei; har du gjort deg noen tanker om årsaker til dette?
- Hva føler/tenker du i ettertid om din egen håndtering av situasjonen?
- Hva ville du evt. ha gjort annerledes dersom du nå kom i en liknende situasjon?
- Hva tror du får mennesker til å ta sitt eget liv?
 - o Tenker du annerledes om dette etter denne praksisperioden?
 - o Hva har evt. bidratt til endringen?
- Kan du si noe om hva slags handlingsberedskap du selv synes du bør ha i møte med selvmordsnære?
- Hva tror du skolen og praksisfeltet forventer av deg når det gjelder dette?

Dekan xxxxxxxx
Høgskolen i xxxxxx
avdeling for helsefag

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å INTERVJUE STUDENTER I GRUNNUTDANNING,
SYKEPLEIE (x. studieår)**

Jeg er i ferd med å avslutte Videreutdanning i selvmordsforbyggende arbeid (60 studiepoeng) ved Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

I den forbindelse arbeider jeg med en eksamensoppgave med følgende (forløpige) problemstilling:

PÅ TYNN IS

Hvordan kan undervisning/veiledning (knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid) bidra til å styrke sykepleierstudenters handlingskompetanse i møte med selvmordsnære mennesker?

Jeg vil som metode i hovedsak benytte litteraturstudium, men ønsker også intervju 2-3 sykepleierstudenter i xxxx studieår (modul x).

Dette fordi jeg tror studentenes egne fortellinger/beskrivelser – og deres følelser og reaksjoner – er grunnleggende viktig med tanke på å forstå hva som hemmer og fremmer læring.

Oppgavens omfang og tidsramme gjør at intervjuet og den informasjon det måtte frembringe, blir å betrakte som supplerende til funn fra litteraturen (ikke hovedgrunnlag for drøfting).

Jeg ønsker å gjøre et strategisk utvalg av studenter – det vil si at jeg velger blant studenter som nylig har avsluttet sine kliniske studier i psykisk helsearbeid, og som i sin praksis har vært i kontakt med selvmordstruede pasienter.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd som oppbevares nedlåst og slettes umiddelbart etter bearbeidelse.

Gjennomføring av intervju og håndtering av informasjon som fremkommer, vil skje i henhold til gjeldende forskningsetiske retningslinjer ved Universitet i Oslo (utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora).

Min veileder på denne oppgaven er Gry Bruland Vråle, høgskolelektor ved avdeling for videre og – etterutdanning, Diakonhjemmets høgskole, Oslo.

Med vennlig hilsen

.....
Kirsten Eika Amsrud

Psykiatrisk sykepleier, høgskolelærer og student ved Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo

Vedlegg: Kopi av informasjon/forespørsel til studenter

Informasjonsbrosjyre om Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid

Høgskolen

i xxxxxxxx

Avdeling for helsefag

Kirsten Eika Amsrud

Høgskolen i xxxxxxxx

Avd. for helsefag

**AD SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å INTERVJUE STUDENTER I
GRUNNUTDANNING I SYKEPLEIE (X. studieår)**

Viser til din søknad av 25.08.03 der du ber om tillatelse til å intervjue studenter i forbindelse med en eksamensoppgave ved Seksjon for selvmordsforskning og –forebygging, Universitetet i Oslo.

Oppgavens problemstilling er følgende:

PÅ TYNN IS

Hvordan kan undervisning og veiledning knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid bidra til å styrke sykepleierstudenters handlingskompetanse i møte med selvmordsnære mennesker

Valgt metode er litteraturstudier og intervju.

Høgskolen i xxxxxxxx ser positivt på at det gjøres utviklingsarbeid innenfor dette fagområdet og gir med dette Kirsten Eika Amsrud tillatelse til å intervjue studenter i grunnutdanning, sykepleie, x. studieår.

Høgskolen forutsetter at intervju og håndtering av informasjon som fremkommer skjer i henhold til gjeldende forskningsetiske retningslinjer ved Universitetet i Oslo.

Med vennlig hilsen

xxxxxxxxxxxxxx

(dekan)

XXXXXXXXXX 18/9 2003

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I INTERVJU
KNYTTET TIL EKSAMENSOPPGAVE OM STUDENTERS
HANDLINGSBEREDSKAP/KOMPETANSE I MØTE MED DEN SELVMORDSTRUUDE

I forbindelse med avsluttende eksamen ved Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, Seksjon for selvmordsforskning og – forebygging, Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo, ber jeg om tillatelse til å stille deg noen spørsmål som vil kunne være til hjelp i mitt videre arbeid med oppgaven.

Mitt navn er Kirsten Eika Amsrud.

Jeg er psykiatrisk sykepleier, og arbeider (ved siden av mine studier) som lærer her ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Vestfold,.

Min veileder på denne oppgaven er Gry Bruland Vråle, høgskolelektor ved avdeling for videre - og etterutdanning, Diakonhjemmets høgskole i Oslo.

Oppgavens (foreløpige) problemstilling lyder som følger:

PÅ TYNN IS

Hvordan kan undervisning/veiledning (knyttet til kliniske studier i psykisk helsearbeid) bidra til å styrke sykepleiestudenters handlingskompetanse i møte med det selvmordstruede menneske?

Jeg ønsker å stille deg noen spørsmål knyttet til samhandling med selvmordsnære mennesker – slik du har erfart det som sykepleierstudent.

Jeg er opptatt av hvilke tanker, følelser og reaksjoner du knytter til dette temaet.

Jeg er også interessert i hvordan du opplever din egen handlingsberedskap/kompetanse, og hva du mener kan bidra til eventuelt å styrke din kompetanse.

Intervjuet vil vare 1-2 timer og vil finne sted i september -03.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd som oppbevares nedlåst og slettes umiddelbart etter bearbeidelse.

Gjennomføring av intervjuet og håndtering av det du forteller vil skje i henhold til gjeldende forskningsetiske retningslinjer ved Universitetet i Oslo.

Dersom du ønsker å delta, vil vi innledningsvis ha en gjennomgang/dialog med tanke på ivaretagelse av taushetsplikten – slik at det du forteller ikke kan knyttes til konkrete pasienter (jf Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven).

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg ut, selv om du i utgangspunktet sa ja til å delta.

Dersom du ønsker å bidra med dine erfaringer og/eller ønsker mer informasjon, ber jeg om at du tar kontakt med undertegnede (enten på telefon eller ved hjelp av svarslippen nedenfor).

Med vennlig hilsen Kirsten Eika Amsrud

Telefonnummer: xxxxxxxxxxx(arbeid)
33 08 27 29 (privat)

...Klipp.....

JA, jeg ønsker å bli kontaktet for mer informasjon om intervju knyttet til mine erfaringer som sykepleierstudent i møte med selvmordsnære mennesker:

.....
Navn

.....
Telefonnummer

(Benytt vedlagte svarkonvolutt)

INFORMERT SAMTYKKE FOR STUDENT

Jeg har lest tidligere mottatt informasjon om eksamensoppgave rettet mot studenters handlingsberedskap/kompetanse i møte med selvmordstruede pasienter, og samtykker i å delta i denne studien.

Jeg er klar over at jeg når som helst kan trekke meg, selv om jeg i utgangspunktet sa ja til å delta.

16.09.03

...XXXXXXXXXXXXXXXXXX...

