



Hvordan redusere selvskadeferd

Kandidatnummer: 335
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14b, bachelor i sykepleie

Antall ord: 9817
Dato: 17.04.2016



Tittel
Reduksjon av selvskadeatferd

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier, via den mellommenneskelige relasjonen bidra til å redusere selvskadeatferd hos pasienter som gjør selvskade?

Metode

Dette er en litterær oppgave. Litteratur som allerede finnes er gjennomgått og det er gjort en studie av empiri som foreligger. Gjennom innsamling av allerede eksisterende kunnskap, samt ved vurdering og sammenfatting har denne kunnskapen blitt benyttet med mål om å besvare oppgavens problemstilling.

Teoretisk perspektiv

I første halvdel av oppgaven presenteres Travelbees menneske til menneske relasjon med tilhørende faser, i tillegg til begrepene lidelse, håp og håpløshet. Videre vil relevante etiske prinsipper og lovverk bli presentert. Til slutt vil jeg gi en beskrivelse av selvskading som fenomen og presentere sykepleier- og pasientperspektiv på selvskading.

Drøfting

Drøftingen vil gjøres i lys av Joyce Travelbees teori og skal speile hva som er presentert i teoridelen. Jeg vil også trekke inn relevant forskning, og annen faglitteratur. Som tidligere nevnt vil jeg løpet av kapittelet svare på problemstillingen min. Jeg har valgt å bruke Travelbees faser som overskrifter i drøftingen for å skape en tydelig rød tråd gjennom hele oppgaven. Her vil jeg også presentere Travelbees begrep lidelse sett opp mot selvskading. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg prøve å besvare spørsmålet om det finnes en lykkelig slutt for pasienter som selvskader.

Konklusjon

Det finnes ingen fasitsvar på hvordan man kan bidra til at selvskading opphører, men det synes avgjørende at pasienten opplever å bli respektert og sett, til tross for sine handlinger. Dette vil i seg selv kunne bidra til at tro og håp om endring kan skje. Sykepleier har en tydelig rolle i behandling av selvskading og fokus på holdninger bør stå i sentrum. Å forstå pasienten, oppdage triggere og finne andre mestringsstrategier er en viktig jobb for sykepleier.

Nøkkelord:

Selvskade/selvskadeatferd, sykepleie, terapeutisk relasjon, atferdsendring

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Formål med oppgaven	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2 Metode.....	5
2.1 Litterær oppgave.....	5
2.2 Beskrivelse av artikkelsøk.....	6
2.3 Kildekritikk.....	7
3 Teoretisk rammeverk: Travelbees mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	8
3.1 Menneske til menneske	8
3.2 Lidelse	10
3.3 Håp og håpløshet.....	10
4 Ethiske aspekter og lovverk.....	12
4.1 Gjeldende lover	12
4.2 Aktuelle etiske prinsipper	13
5 Selvskading som fenomen.....	15
5.1 Selvskading og psykiske lidelser	15
5.2 Selvskading som et uttrykk for følelser og tanker	15
5.3 Ulike måter å skade seg på.....	16
5.4 Sykepleieperspektiv på selvskading.....	16
5.4.1 Sykepleiers følelser i møte med mennesker som selvskader.....	17
5.4.2 Forståelse av en uforståelig atferd.....	17
5.4.3 Viktige faktorer i møte med mennesker som selvskader.....	17
5.5 Pasientperspektiv på selvskading.....	18
5.5.1 Pasientens råd til sykepleier om arbeid ut av selvskade.....	18
5.6 Sykepleietiltak til pasienter som selvskader.....	20
5.6.1 Viktighet av en god relasjon.....	20
5.6.2 Se og møte mennesket bak atferden	20
5.6.3 Oppfatte triggere.....	20
6 Drøfting.....	22
6.1 Sammenheng mellom Travelbees begrep lidelse og selvskading.....	22
6.2 Det innledende møtet.....	22
6.3 Fremvekst av identiteter.....	24
6.4 Empati	25
6.5 Sympati	25
6.7 Autonomi, medvirkning og innleggelse på tvang.....	28
6.8 Finnes det en lykkelig slutt?	30
7 Avslutning.....	31
Litteraturliste	32
Vedlegg 1	35

1 Innledning

Man kan trekke linjer til noe som kan minne om selvskading helt tilbake til bibelen. Jesus skulle hjelpe å ”rense” en mann som var besatt av onde ånder. Mannen bodde i fjellene, eller hadde tilholdssted ved gravene, og slo seg selv med steiner (Åkerman, 2010). Senere er selvskading blitt mer omtalt og er nå et økende helseproblem, i mange tilfeller også skjult (Toftehagen, Talseth & Fagerstrøm, 2014). Forskning viser at mennesker i alle aldre kan selvskade (Long & Jenkins, 2010). Mehlum(2015) skriver at selvskading blir sett på som en atferd som kan forebygges, men at det allikevel blir sett på som et folkehelseproblem i Norge og andre land, da selvskading har en økt dødelighet. Videre skriver han at selv om selvskading er et voksende problem finnes det lite kunnskap om det – både i samfunnet og hjelpeapparatet. Hvordan man forstår pasienten som selvskader, er ofte ikke tilstede (Mehlum, 2015).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Noen pasienter som gjør selvskade har opplevd negative holdninger fra sykepleiere, men en økt kunnskap på feltet vil forbedre forståelsen til sykepleiere om hvorfor pasientene selvskader (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010). Det finnes foreløpig ingen nasjonal statistikk på selvskading i Norge, derfor vil ikke statistikk bli presentert. Norge har heller ikke nasjonale retningslinjer for behandling og omsorg for mennesker som gjør selvskade (Toftehagen et al., 2014).

Det at pasienter har opplevd negative holdninger fra helsepersonell synes jeg bør vies mer oppmerksomhet. Hva er bakgrunnen for dette, og hvordan kan jeg som framtidig sykepleier bidra til at reduksjon av selvskadeadferd hos pasienter som selvskader? Gjennom min tidligere praksis- og jobberfaring har jeg møtt forskjellige mennesker både innen somatikk og innenfor psykisk helse. Min erfaring er at faglig kompetanse er viktig for å utøve god sykepleie. Jeg har flere ganger opplevd at det å møte et annet menneske på en god måte er av betydning, og spesielt i møtet med mennesker som av ulike årsaker påfører seg selv skade. Innen psykisk helsearbeid framstår dette som en viktig faktor i mitt møte med ulike pasienter, og i så måte har jeg opplevd at relasjonskompetansen jeg innehar er av betydning for resultatet av sykepleien som utøves

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier, via den mellommenneskelige relasjonen bidra til å redusere selvskaatferd hos pasienter som gjør selvskaade?

1.3 Avgrensning og presisering

For å avgrense oppgavens omfang har jeg valgt å ta utgangspunkt i selvskaading blant kvinner mellom 18 og 40 år. Konteksten det tas utgangspunkt i er pasienter som bor i kommunalt bofellesskap over tid. Pårørendearbeid vil dermed ikke belyses i oppgaven.

Jeg har valgt å fokusere på kvinner mellom 18 og 40 år. Jeg vil dermed ikke inkludere pårørende i oppgaven. Konteksten er bofellesskap hvor kvinner bor over tid. Hensikten med konteksten er at sannsynligheten for å kunne opprette en god relasjon og redusere/avslutte selvskaading vil være mulig å oppnå. Selv om bofellesskapet mest sannsynlig er en del av kommunehelsetjenesten, vil jeg ikke gå i dybden av hva som skjer i dette bofellesskapet, men ha fokus på relasjonen pasientene vil kunne ha til sykepleier. Jeg vil heller ikke nevne spesifikt lovverk og reformer knyttet til kommunal omsorg, da dette ikke er relevant for min problemstilling. Jeg har tatt utgangspunkt i at selvskaatferd har pågått over tid– atferden er ikke nyoppdaget. Jeg vil ikke trekke inn medikamentell behandling i min oppgave.

Det er ulike begreper som blir brukt om mennesker som skader seg selv. Begrepene blir brukt om hverandre, og blir også i mange tilfeller overlappet av hverandre (Øverland, 2006). For ikke å skape forvirring i oppgaven kommer jeg til å bruke ”selvskaading” som uttrykk, eller uttrykke meg i setninger som ”pasient(er) som gjør selvskaade” eller ”pasient(er) som velger å skade seg selv”. Øverland (2006) skriver at ordet ”villet” i ”villet egenskaade” kan være forvirrende og misvisende da selvskaading ofte skjer når mennesket er i en tilstand preget av kaos og i liten grad er preget av å ønske og skade seg. Selvskaadingen som problemstillingen omfatter er *direkte selvskaading*, som omhandler å aktivt påføre kroppen sår, smerte og skader (Skårderud & Sommerfeldt, 2010).

Forskjellige uttrykk som ”helsepersonell”, ”sykepleier”, ”miljøterapeut”, ”mental health care providers”, ”counsellors”, ”mental health nurses”, ”mental health professionals”, ”health care

personnel” og ”nurses” blir brukt i artiklene og bøkene jeg har brukt. Jeg velger å bruke ”sykepleier” som term gjennom oppgaven, for å skape et tydelig sykepleiefaglig perspektiv.

Jeg kommer ikke til å ha fokus på mennesker med akutt eller forbigående psykose, eller fokusere på mennesker med psykiske lidelser. I kapittel 3.3.1 vil jeg kort berøre sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvskading, da dette ofte forekommer. Jeg kommer ikke til å definere begreper i problemstillingen da de blir gjort rede for gjennom teoridelen.

Jeg kommer til å benytte meg av den mellommenneskelige relasjonen fra Travelbee sin teori. Oppgavens fokus sett bort i fra Travelbee som nevnt over, vil være på holdninger, både hos pasient og sykepleier, samt å oppdage triggere. Andre aspekter ved selvskading vil også bli nevnt.

I utvelgelse og lesning av forskningsartikler vil jeg presisere at jeg har oversatt og valgt ut litteratur ut fra min kompetanse og forståelse. Dermed tar jeg forbehold om det kan forekomme feiltolkninger av forskning, samt at det kan finnes bedre/andre oversettelser av termer og ord enn hva som er presentert i oppgaven.

1.4 Formål med oppgaven

I denne oppgaven vil jeg besvare problemstillingen min om hvordan sykepleiere kan bidra til at mennesket som gjør selvskade reduserer sin selvskadeatferd. Ved å besvare denne oppgaven forsøker jeg å få en større forståelse ovenfor pasientgruppen. Dette kan komme meg og forhåpentligvis andre sykepleiere til nytte ved senere yrkesutøvelse med pasientgruppen.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledningen begrunnes mitt valg av tema. Videre presenteres problemstillingen, etterfulgt av en avgrensning og presisering av problemstilling. Til slutt i innledningen har jeg kort beskrevet formålet med oppgaven. I kapittel to blir metode presentert. Herunder vil jeg presentere mine systematiske artikkelsøk i tillegg til kritikk av valgte kilder. Presentasjon av utvalgte forskningsartikler finnes som vedlegg 1. Som teoretisk rammeverk (kap. 3) vil et

utvalg av Joyce Travelbees teori bli presentert. Utvalget omhandler den mellommenneskelige relasjonen og begrepene håp/håpløshet og lidelse. Videre i kapittel fire vil jeg presentere aktuelle lover og etiske prinsipper knyttet til oppgavens problemstilling. Deretter vil relevant teori som omfatter mitt tema for oppgaven bli beskrevet med utgangspunkt i forskningsartikler, annen faglitteratur og erfaringer fra feltet, både fra et pasient- og sykepleieperspektiv. I oppgavens sjette kapittel vil jeg drøfte den valgte forskningen og annen litteratur i lys av Joyce Travelbees teori. Jeg velger å benytte meg av Joyce Travelbees faser som overskrifter i drøftingskapitlet for å synliggjøre en rød tråd gjennom oppgaven. Under drøftingen vil jeg også benytte meg av forskningsartikler og annen litteratur. Jeg vil oppsummere oppgaven i oppgavens siste kapittel, her vil jeg også kort besvare oppgavens problemstilling.

2 Metode

Metode dreier som om hvordan en går frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap for å svare på oppgavens eller studiens problemstilling. Aubert (1985) beskriver metode slik:

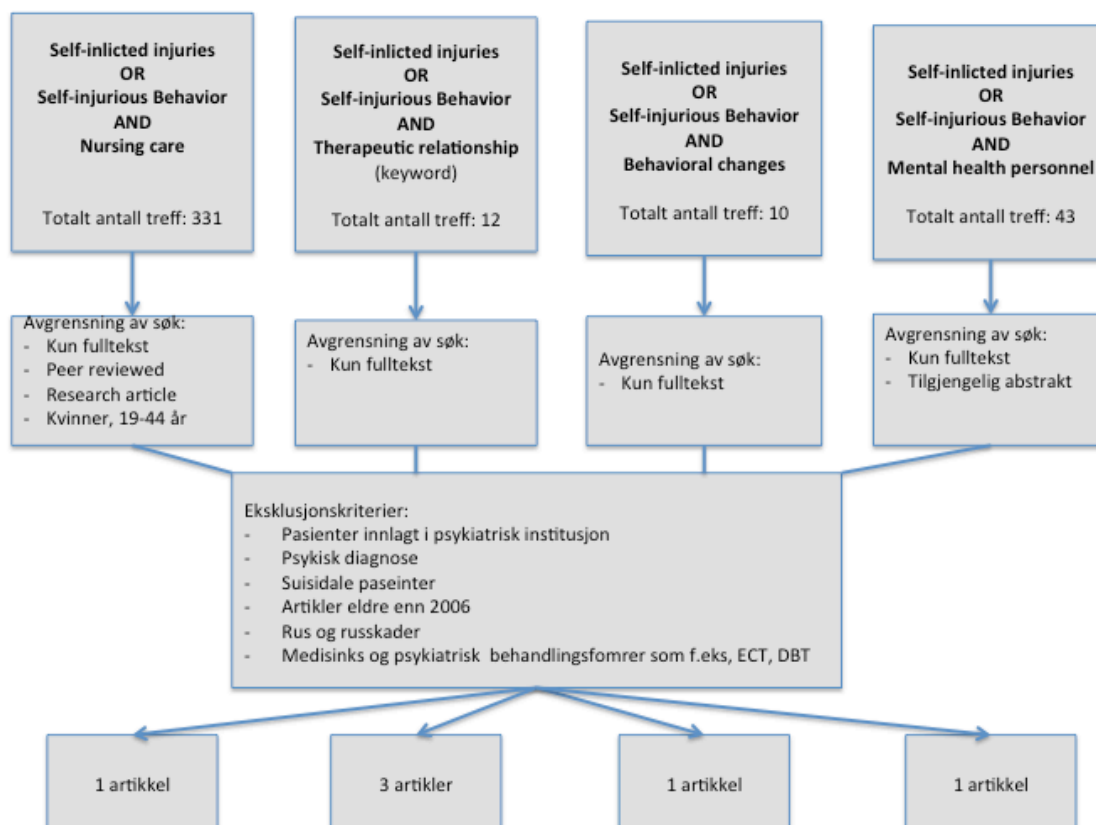
En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. En hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, 1985, s.196).

Sykepleie som fag bygger på mange ulike kunnskapskilder. Disse typene av kunnskap ønsker jeg å dekke gjennom bacheloroppgaven min. Jeg har benyttet meg av de fire kunnskapsområdene som beskrives i modell for kunnskapsbasert praksis. Denne omhandler kunnskap fra brukere, erfaringer fra feltet, samt forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.16). Jeg har gjort systematiske søk av forskningsartikler, der funnene representerer både et sykepleier- og pasientperspektiv. Videre har jeg benyttet annen relevant litteratur, som dekkes i ulike bøker. Utvalgt litteratur er basert på klinikers kunnskap og erfaringer, samt pasienterfaringer. Bøkene har også referanser til forskningslitteratur. I tillegg har jeg inkludert kunnskap fra jus og etikk relatert til oppgavens problemstilling. Kildene vil bli nærmere presentert i kapittel om kildekritikk.

2.1 Litterær oppgave

Metoden jeg har brukt i min bacheloroppgaven er litterær oppgave. Støren (2013) skriver at en slik oppgave kan ha mange navn, som for eksempel litteraturgjennomgang, litteraturoppgave eller litteraturprosjekt. Navnet kan variere, men jobben er den samme. Man går inn og undersøker litteraturen som allerede finnes – man studerer empirien. Man samler allerede-eksisterende kunnskap, vurderer og sammenfatter den. Hensikten med oppgaven er derfor ikke å utvikle ny kunnskap, men å sammenfatte den kunnskapen som allerede finnes på området.

2.2 Beskrivelse av artikkelsøk



Ovenfor vises mine systematiske artikkelsøk gjort i Cinahl. Cinahl er en database for sykepleiere, som inneholder referanser til hundrevis av sykepleiejournaler, tidsskrifter, bøker og avhandlinger (Polit & Beck, 2014). Artikkene jeg har valgt følger struktur for vitenskapelige artikler - IMRaD. En vitenskapelig artikkel skal følge denne strukturen og inneholde; innledning, metode, resultat og(and) diskusjon (Støren, 2013).

I modellen ovenfor presenteres totale treff ved bruk av oppgitte søkeord, samt antall artikler brukt etter eksklusjonskriterier. Presentasjon av forskningsartikkene jeg har brukt ligger som vedlegg 1, i en litteratormatrise. I tillegg til artikkene som er funnet ved bruk av systematisk artikkelsøk, har jeg brukt to artikler til jeg har blitt anbefalt av en Phd-kandidat på området.

2.3 Kildekritikk

Ingen av de utvalgte artikler samsvarer 100% med valgt kontekst, bofellesskap. I utvelgelse og inkludering av litteratur har jeg benyttet Dallands beskrivelse av kildesøk og kildekritikk (Dalland, 2015). I vurderingen har jeg lagt til grunn gyldighet, holdbarhet og relevans for oppgaven. Det vil si kilder som beskriver relevans for problemstillingen, og som eksempel har jeg valgt ut litteratur fra sykehus som beskriver relasjonelle sykepleietiltak ovenfor pasienter som gjør selvskaade. Slik jeg ser det vil observasjoner og relasjonsskaping kunne være likt uavhengig av type institusjon. Videre har jeg sett på kildens gyldighet og holdbarhet. For eksempel vurderte jeg det som viktig å både belyse pasientperspektivet og sykepleieperspektivet, da dette er sentralt i den mellommenneskelig relasjonen som er en variabel i problemstillingen. Begge perspektivene er representert i forskningsartikler og bøker. På forskningsspråket betegnes pålitelighet som reliabilitet. Dette dreier seg om hvor nøyaktig studiene er gjennomført, hvilke data som brukes og metoden som er brukt for datainnsamling (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Relevans kalles validitet på forskningsspråket. I min oppgave har jeg fokusert på begrepsvaliditet, i form av face-validity, det vil si sunn fornuft om dataene er gyldige i konteksten eller overførbarheten av data og funn (Christoffersen et al., 2015). Med tanke på dette har jeg valgt å inkludere så ny litteratur som mulig, ikke eldre enn ti år. Veletablerte teorier er gyldige og relevante utover ti år. I min oppgave benyttes Joyce Travelbees ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie(1999)”. Jeg vil presisere at jeg har lest den engelske originalversjonen parallelt med den oversatte norske versjonen, for å sikre meg en bedre forståelse av hovedbegrepene i teorien.

3 Teoretisk rammeverk: Travelbees mellommenneskelige forhold i sykepleie

Travelbees mellommenneskelig sykepleieteori ble første gang gitt ut i 1966, og kom som en reaksjon på hva Travelbee uttalte som en ”avhumatisering” i helsesektoren i USA etter andre verdenskrig. I teorien blir viktigheten av at hvert individ skal stå i sentrum for behandlingen sentralt. Travelbee beskriver hvert menneske som et unikt og uerstattelig individ, som aldri har levd eller kommer til å leve igjen (Travelbee, 1999). Videre skriver hun at mennesker har en rekke egenskaper, og samtidig står ovenfor en byrde av valg og beslutninger hvor man står med ansvaret for konsekvenser av handlingsvalg (Travelbee, 1999). Hun presiserer videre at målet for all sykepleie skal være å hjelpe pasienten. Travelbee velger å bruke termen ”menneske-til-menneske forhold” og ikke ”sykepleier-pasient forhold” på bakgrunn av at en reel kontakt oppstår kun når individene ser på hverandre som mennesker (Travelbee, 1999). Jeg velger på tross av dette og benytte meg av termene ”sykepleier” og ”pasient” gjennom oppgaven. I de tre neste kapitlene vil jeg presentere deler av Travelbees sykepleieteori ut i fra oppgavens relevans.

Jeg vil starte med å presentere Travelbees definisjon av et menneske-til-menneske forhold, og hvordan denne prosessen utarter seg for sykepleier og pasient. Videre vil jeg presentere elementer fra begrepet lidelse før jeg tar for meg begrepet håp. I samme kapittel vil jeg ta for meg begrepet håpløshet, da dette er motsetninger i samme fenomen.

3.1 Menneske til menneske

Travelbee mener at opprettelsen av et menneske-til-menneske forhold bygger på fire viktige faser som ender opp i en femte fase som er det overordnede målet for relasjonen. Jeg velger å nevne alle fasene på bakgrunn av at Travelbee beskriver at fasene påvirker hverandre gjensidig, og at alle fasene må være oppfylt for at man kan nå et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999).

Det innledende møtet dannes i stor grad på bakgrunn av tre begreper; *observasjon*, *antakelser* og *verdidommer*. Man vil på bakgrunn av sine observasjoner og antakelser legge grunnlaget

for hvilke følelser som utløses hos sykepleieren, og videre hvordan man opptrer ovenfor pasienten (Travelbee, 1999). I denne fasen vil sykepleier og pasient i liten grad se på hverandre som likeverdige individer. Dette kan skyldes tidligere erfaringer eller forutinntatte meninger. Derfor blir sykepleieroppgaven i denne fasen å bryte ned denne kategoriseringen (Travelbee, 1999). Det er først når ”avkategoriseringen” skjer at man kan gå videre til neste fase, hvor fremvekst av identiteter skjer.

Fremvekst av identiteter gjenkjennes ved at man i denne fasen begynner å verdsette hverandre som unike individer, og sykepleier må erkjenne at sykdommen til pasienten er reell. Det er viktig at sykepleier ser pasient uavhengig av seg selv og ikke over-identifiserer sine egne erfaringer med pasientens utfordringer. Denne fasen vil vokse frem til det er opprettet et reelt forhold mellom sykepleier og pasient. Deretter vil det være mulig for individene å gå ut over empatiens grenser (Travelbee, 1999).

Empatifasen gjenkjennes ved at sykepleieren har en intellektuell forståelse av pasientens psykiske tilstand. Man forstår pasienten og vil oppleve økt nærhet (Travelbee, 1999). Ved denne voksende forståelsen vil også sykepleieren gjøre seg opp en mening om pasienten og man vil «felle sine dommer». Man kan velge om man stiller seg bebreidende, aksepterende, avvisende eller nøytralt (Travelbee, 1999). En viss form for tillit er nødvendig i denne fasen. Denne tilliten må oppnås fra pasienten, den kommer ikke av seg selv. Det er viktig at sykepleieren er bevisst egne holdninger ovenfor pasienten. Når en sykepleier klarer å dømme pasienten positivt, klarer hun også å akseptere. Ved å akseptere at pasienten er forskjellig fra seg selv og sykepleieren er innstilt på å kunne endre tilstanden til pasienten, er hun nå klar for å gå inn i neste fase som omhandler sympati og medfølelse (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelsesfasen er et steg lenger enn empatifasen. I tillegg til å forstå pasienten psykiske tilstand i empatifasen, vil sykepleieren nå oppleve en trang til å lette på problemene til pasienten - sykepleieren gir følelsesmessig støtte, iverksetter sykepleiehandlinger og hjelper pasienten i en vanskelig tid (Travelbee, 1999). Sympati og medfølelsesfasen kan være utslagsgivende for pasienten i den grad at den kan mobilisere krefter hos pasienten til å jobbe med sykdommen, den kan også være avgjørende for viljen til enten å leve eller dø. Selv om målet i denne fasen er å styrke evnen til å ha omsorg og bry seg om pasienten, er det viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne følelser og ikke blir for involvert, slik at resultatet blir at sykepleieren blir handlingslammet (Travelbee, 1999). Under sympati og medfølelsesfasen vil

forholdet mellom individene bli styrket og modnet, begge elementene er vesentlige, men forholdet vil fremdeles ikke være ferdig utviklet. En videreutvikling av tillit vil også skje i denne fasen, men vil også fortsette i den neste fasen som er gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i opprettelsen av et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient, og er det overordnede målet for hele forholdet (Travelbee, 1999). Fasen forutsetter at sykepleieren er i stand til å bruke seg selv terapeutisk og klarer å se pasienten som et helt individ bestående av både fysiske og psykiske behov som er uløselige. Tillit vokser frem til trygghet i denne fasen, et nært og genuint forhold er opprettet. Tanker og handlinger går opp i en fullkommen enhet. Sykepleieren må kunne klare å bruke omsorgen til å fullføre handlinger i sykepleiesituasjoner, dette er nemlig kjernen i denne fasen (Travelbee, 1999).

3.2 Lidelse

Travelbee mener at alle mennesker i løpet av sitt liv vil oppleve lidelse, fordi det er uløselig fra mennesket. Hun beskriver videre at lidelse oppleves på forskjellige måter, fordi alle individer er unike (Travelbee, 1999). Lidelse kan oppleves som psykisk smerte, så vel som fysisk smerte. Et menneske opplever lidelse når smerte, fysisk eller psykisk har vart over en lenger tid, uten at mennesket har fått hjelp. Mennesket som befinner seg i en slik situasjon vil gjerne oppleve stor grad av håpløshet og sinne (Travelbee, 1999). Mennesker som har opplevd og mestret lidelse tidligere vil ofte bruke de samme mekanismene for å overvinne en nyoppstått lidelse. Likedan som man opplever lidelse på forskjellig måte, vil man også reagere på lidelse forskjellig. Noen kan reagere på lidelse med en følelse av å oppleve seg urettferdig behandlet, andre kan reagere med forskjellige grader av tristhet, nedtrykthet og depresjon, mens andre kan reagere med enten å anklage andre eller seg selv for lidelsen. Hos noen kan det også forekomme stor forvirring om hvorfor akkurat ”jeg” ble utpekt (Travelbee, 1999).

3.3 Håp og håpløshet

Håp er et viktig element i arbeidet med å hjelpe mennesker til å mestre en vanskelig situasjon. En viktig sykepleieoppgave er å hjelpe pasienten til å oppleve håp for å kunne mestre et

problem (Travelbee, 1999). Om en pasient har håp klarer vedkommende å se at det problematiske har endringsmulighet og livet kan etter hvert oppleves som mer meningsfylt. For at en endring skal skje er ofte pasientene avhengig av andres hjelp. Det kan, i mange situasjoner være vanskelig å be om hjelp fordi uavhengigheten kan ha blitt en del av pasientens personlighet. Det å be om hjelp ligger også tett opp mot tillit. At pasienten har tillit til at sykepleieren vil hjelpe, og kommer til å hjelpe til i en vanskelig situasjon (Travelbee, 1999). Pasienter som har bedt om hjelp tidligere og opplevd avvisning eller å bli oversett, kan ha mistet tilliten til andre, og velger derfor å møte lidelsen alene. Man må ha mot til å se problemet i øynene og ha utholdenhet til å prøve om og om igjen (Travelbee, 1999).

På en annen side kan pasienten oppleve håpløshet. Håpløsheten oppstår om pasienten har følt fysisk eller psykisk smerte over lenger tid, uten å få hjelp til å mestre det (Travelbee, 1999). Om pasienten opplever håpløshet ser pasienten ikke muligheter for endring, ikke engang nødvendighet i å ”prøve” og mestre problemene, for alt ser nytteløst ut. Pasienten tror heller ikke at noen er interessert å hjelpe når en har det vondt. Sykepleierens oppgave er å prøve å unngå at pasienten opplever håpløshet, og legge til rette for at pasienten skal kunne oppleve håp (Travelbee, 1999).

4 Etiske aspekter og lovverk

En sykepleier er i stor grad omgitt og regulert av ulike lover, og en rekke etiske valg må overveies og tas stilling til - etikk og jus er derfor to sentrale fagområder for sykepleiere (Lunde, 2013). Forskjellige interesser og verdier kan i mange situasjoner stå mot hverandre og yrkesrollen som sykepleier i praksis vil i mange sammenhenger handle om å kunne veie for og i mot hva som er riktig avgjørelse basert på gjeldene lover og etiske verdigrunnlag og normsett (Molven, 2012). I dette kapitlet vil jeg presentere relevante lover og etiske prinsipper i forhold til oppgavens problemstilling og innhold.

4.1 Gjeldende lover

Jussen i sykepleien kan i mange tilfeller oppleves vanskelig for sykepleiere, da profesjonen ofte ser på seg selv som omsorgsfulle hjelpere som tar avgjørelser på bakgrunn av hva som er det beste for pasienten (Lunde, 2013). Gjennom tiden har lovgivningen fått en mer sentral rolle i sykepleien, og kravet til å holde seg faglig oppdatert på lovverk har blitt en større oppgave for sykepleiere (Lunde, 2013).

Helsepersonelloven (2001) skal bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og står indirekte i sammenheng med Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), som omhandler pasienters rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenesten (Molven, 2012). Sterk står hovedregelen om samtykke til helsehjelp (autonomi) jf. §4-1 Pasient- og brukerrettighetsloven. Hjemmelen sier at helsehjelp bare kan gis med samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel som sier annet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Pasientene har også rett til medvirkning og må få mulighet til å være med å uforme sitt eget tjenestetilbud, jf. §3-1 pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). I tillegg har alle pasienter rett til individuell plan, jf. §2-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven. Den individuelle planen skal gjenspeile bestemmelsene i Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialhelsetjenesteloven, samt Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §2-5).

Det finnes egne regler for vedtak om opprettelse av tvungen psykisk helsevern (pvhl §3-3). Dette drøftes kort i kapittel 6, i sammenheng med at pasienter som bor i kommunale bofellesskap som selvskader har mulighet til innleggelse i psykisk helsevern dersom

skadeomfanget av selvskadingen tilsier det, og at kravene til tvungen psykisk helsevern er oppfylt (jf. pvhl §3-3). Rett til individuell plan etter psykisk helsevernloven hjemles i §4-1, og gjelder for pasienter som har behov for langvarig og koordinert behandling (phvl §4-1) (Psykisk helsevernloven, 2001).

4.2 Aktuelle etiske prinsipper

Etikken skal bidra til å hjelpe studenter og sykepleiere til å velge riktige handlinger ved reiste etiske utfordringer i praksis (Brinchmann, 2013). For å kunne vurdere riktige handlingsvalg er etisk refleksjon og øving i praksis nødvendig for å kunne bli bevisst egne holdninger og verdier (Brinchmann, 2013).

Et viktig dokument for sykepleiere knyttet opp mot etikk er yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Dette dokumentet er bygget på ICNs etiske retningslinjer og menneskerettigheter fra FNs menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleieforbund, 2011). Selve fundamentet i all sykepleie er beskrevet først i dokumentet og lyder slik;

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.7).

Andre punkt som jeg vil fremheve som er knyttet til oppgavens problemstilling er punkt 2.7 og punkt 2.2 i yrkesetiske retningslinjer. Punkt 2.7 omhandler at pasienten ikke skal bli krenket og utsatt for tvang, og punkt 2.2 sier at sykepleier skal ”understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s.8).

I tillegg til yrkesetiske retningslinjer har jeg valgt å presentere *de fire prinsippers etikk*.

Herunder vil jeg nevne de, og videre inkludere dette i drøftingen, kapittel 6.

Velgjørenhet handler om å gjøre godt for pasienten, og kan innebære å dempe smerte, psykisk så vel som fysisk. Ikke-skade handler om å ikke skade pasienten. Dette står i umiddelbar nærhet med prinsippet om velgjørenhet, og de er på mange måter to sider av samme sak.

Autonomi handler om å respektere pasientens autonome og selvstendige valg. Dette begrepet står sterkt og er som tidligere nevnt også lovfestet – det er både en juridisk og etisk rettighet.

Rettferdighet handler om å behandle likt og fordele ressurser rettferdig.

Rettferdighetsprinsippet er et prinsipp jeg ikke vil utdype videre i oppgaven (Brinchmann, De fire prinsippers etikk, 2013).

5 Selvskading som fenomen

For ca ti år siden var selvskading et nokså ukjent fenomen (Øverland, 2006), men har nå blitt et økende og stort folkehelseproblem i Norge og andre land, fordi påfølgende selvmord øker. Selvskading forekommer både blant ungdom og voksne (Mehlum, 2015). Toftehagen og Fagerstrøm (2010) skriver at ca 40-50% av de som begår selvmord har tidligere historie med selvskading. Metodene å skade seg på er mange, og bakgrunnen for hvorfor et menneske velger å skade seg er også flerfoldige. Det er derfor vanskelig å gi en ”fasit” på hvorfor noen velger å gjøre selvskade og hvordan man skal hjelpe disse pasientene (Ribe & Mehlum, 2015). Selvskading kan oppleves som en skremmende atferd for mange, og dette kan være bakgrunnen for at mennesker som skader seg selv ofte blir avvist av mennesker rundt seg (Mehlum, 2015).

5.1 Selvskading og psykiske lidelser

Det er mange studier som viser at selvskade og psykiske lidelser henger sammen. Bosman og von Meijel (2008) skriver at over 50% av de som selvskader har en psykisk lidelse og at de vanligste diagnosene er depresjon, borderline personlighetsforstyrrelse, spiseforstyrrelser, PTSD (posttraumatisk stress lidelse) og stoffmisbruk. Allikevel ser man fenomenet ofte i den såkalte ”normalpopulasjonen”. Det vil si at selvskading forekommer ofte hos mennesker som ikke har en psykisk lidelse (Øverland, 2006). I denne oppgaven har jeg valgt å ikke fokusere på selvskading i sammenheng med diagnose, men heller legge fokuset på hva en sykepleier kan gjøre på generell basis, uavhengig av psykisk lidelse.

5.2 Selvskading som et uttrykk for følelser og tanker

Ribe og Mehlum (2015) i likhet med Skårderud og Sommerfeldt(2010) beskriver at selvskading brukes som et redskap, først og fremst for å kunne klare og regulere vanskelige følelser og lindre eller fjerne negative livserfaringer. Selvskading brukes også som en måte å kommunisere på (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010), og kan være et ”rop om hjelp” (Mehlum, 2015). Den fysiske smerten ved selvskadingen gjør at den psykiske smerten blir lettere å håndtere og få kontroll over (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010). Øverland (2006) beskriver at mange ser på selvskading som en måte å få kontroll over følelser, blant annet følelsen av hjelpeløshet. Pasienter beskriver selvskading som en ”befrielse” fordi de ikke tidligere har

klart å finne et redskap som har hjulpet de til å få kontroll over disse følelsene. Selvskadingen får lettet det uutholdelige ”trykket” pasienten har inni seg (Mehlum, 2015). Smerten vil umiddelbart komme etter selvskadingen og vare i dager senere, og dette vil være med på å holde de vonde følelsene borte, og gjøre at pasienten følelser en slags ”renselse” (Øverland, 2006).

Selvskading gir straff (Øverland, 2006). Mange av de som selvskader kan klandre seg selv for tidligere hendelser som har skjedd, og kan oppleve en følelse av skam. Selvskadingen blir en slags straff mot en selv og det vil oppleves som at den fjerner noe av skam- og skyldfølelsen (Øverland, 2006).

5.3 Ulike måter å skade seg på

Som nevnt tidligere kan selvskading gjøres på forskjellige måter (Toftehagen et al., 2014). Metodene pasientene velger å skade seg på varierer i alvorlighetsgrad (Ribe & Mehlum, 2014) og kan være fra overflatisk hudskraping, moderate til dypere kutting, brenning av hud, svelge objekter og ta overdose av medikamenter (Bosman og von Meijel 2008). Andre metoder kan også være å slå seg selv, dra ut hår, forverring av kroniske sår og stikke objekter inn i kroppen. I verstefall kan selvskading være så alvorlig at den har døden til følge. I tillegg kan selvskadingen hos en individuell pasient variere fra moderat selvskading til nærmest å ta livet sitt på kort tid (Toftehagen et al., 2014). Øverland (2006) skriver at alvorlighetsgraden av skadingen ofte har sammenheng med årsaken til at mennesket velger å skade seg selv. Toftehagen, Taleseth og Fagerstrøm (2014) skriver at menn ofte bruker utad aggressive metoder å skade seg på, mens kvinner i det fleste tilfeller bruker metoder som hindrer tilførsel av luft.

5.4 Sykepleieperspektiv på selvskading

Som beskrevet i innledningen er en relasjon avhengig av to individer, i dette tilfellet er det sykepleier, og pasienten som gjør selvskade. I dette underkapittelet (5.4) vil jeg presentere sykepleieres perspektiv på mennesket som selvskader og selvskading, og i kapittel 5.5 kommer jeg til å ta for meg pasientens perspektiv på selvskading og hjelpen/veien til bedring.

5.4.1 Sykepleiers følelser i møte med mennesker som selvskader

I sykepleieforskning har man sett at sykepleiere ofte kan føle på frustrasjon og motvilje i møte med mennesker som gjør selvskade, og noen sykepleiere har oppgitt at å jobbe med mennesker som selvskader er ”sløsing av tiden deres” (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010). Ord som ”oppmerksomhetssyke” kan bli brukt i beskrivelsen av mennesker som skader seg selv (Long & Jenkins, 2010). Toftehagen og Fagerstrøm (2010) skriver at noen sykepleiere kan opptre ”straffende” ovenfor pasientene som skader seg selv, i tillegg til å ikke forstå atferden deres. På en annen side ser det ut til at kompetanse og erfaring har innvirkning på holdninger, da høyere grad av negative holdninger og bekymringer er rapportert blant ukvalifisert personale (Toftehagen et al., 2014). I forskningen kommer det også frem at sykepleiere føler at den medisinske behandlingen har en regjerende rolle i behandlingen av mennesker som gjør selvskade (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010).

5.4.2 Forståelse av en uforståelig atferd

Øverland (2006) beskriver at selvskading er en vanskelig atferd å forstå, mye på bakgrunn av at den som selvskader kanskje ikke helt har grep om egne tanker og handlinger. Allikevel fremhever Øverland (2006) at sykepleiere alltid må gjøre sitt ytterste for å oppfatte hva pasienten som skader seg vil uttrykke. Videre skriver han et en slik forståelse kan være med på å endre behandlingen og prognosen.

5.4.3 Viktige faktorer i møte med mennesker som selvskader

I en studie gjort av Maggie Long og Mary Jenkins fra 2010 beskrives ulike erfaringer sykepleiere har tilegnet seg etter arbeid med mennesker som selvskader og hvilke faktorer som er viktige i arbeidet. Det kommer frem av artiklene at behandlere mener pasientene trenger god tid for å kunne stole på den som skal hjelpe – at trygghet i relasjonen er viktig. Dette på bakgrunn av at bare det å skulle snakke om og konfrontere seg selv med selvskadingen kan oppleves smertefullt for pasienten. Andre viktige faktorer som er nevnt er å ikke være dømmende ovenfor pasienten, da målet er å oppnå størst mulig ”likhet” i relasjonen. Samtidig skal det være en relasjon og et sted hvor pasientene fritt skal få kunne snakke om følelser og erfaringer (Long & Jenkins, 2010). En nærmere beskrivelse av hvilke sykepleietiltak som er viktig i arbeidet med mennesker som gjør selvskade vil presenteres i

kapittel 5.6. Det kommer frem av forskning at sykepleiere ikke lenger har som mål om at selvskadingen skal ta helt slutt, men at sykepleier heller skal samarbeide med pasientene for å minske hyppighet og alvorlighetsgrad av selvskadingen (Toftehagen et al., 2014).

5.5 Pasientperspektiv på selvskading

Som nevnt i kapittel 5.3 er det mange bakgrunner for at et menneske velger å skade seg, men felles for de er at det er et uttrykk for vonde følelser og hendelser (Mehlum, 2015). I dette kapitlet vil jeg presentere selvskading og behandling, samt veien til bedring, fra et pasientperspektiv.

Sofia Åkerman (2010) har forsøkt i sin bok ”For å overleve – en bok om selvskading” å beskrive pasientperspektivet om hvilke funksjoner selvskadingen har for pasienten. Hun beskriver at spørsmålet er vanskelig å besvare, og at oppfatningen hennes av hvilke funksjoner selvskading har ikke nødvendigvis er den samme for andre pasienter som selvskader. Blant funksjonene nevner hun at selvskading gjøres for å forflytte smerten, fra det psykiske til det fysiske hvor resultatet er at man blir roligere. Mange opplever selvskading som en måte å få kontroll på, at de har kontroll over smerten. Videre nevner hun at det kan gjøres fordi det er det eneste man er god på, det blir en type identitet og en mestringsstrategi. Man mister selvinnsikten og ser ikke det negative i denne repeterende atferden (Åkerman, 2010).

5.5.1 Pasientens råd til sykepleier om arbeid ut av selvskade

I forskningsartikkelen av Kool, van Meijel og Bosman (2009) beskriver 12 damer veien ut av selvskading. Det blir nevnt faktorer som oppleves som nødvendige for å kunne redusere, eventuelt avslutte selvskadingen. Blant disse faktorene er selvfølelse og selvbilde. Økt selvfølelse og selvbilde kan oppnås blant annet ved å føle at de blir respektert av helsepersonell. Videre beskrives en prosess, laget på bakgrunn av hva pasienter har fortalt etter recovery av selvskade, bestående av seks punkter som kan være en ”prototype” eller beskrivelse av veien frem til reduksjon, eller til å avslutte selvskading (Kool et al., 2009).

Prosessens seks punkter presenteres etter egen oversettelse og sammenfatning fra forskningsartikkelen;

1. Samhørighet og sette grenser – Pasientene oppgav at de opplevde samhørighet når de følte de ble lyttet til og tatt på alvor – å føle at de rundt virkelig trodde på deres historie og at de ikke trengte å overbevise noen om at det de fortalte var sant ble fremhevet som viktig. Ved at andre tok de på alvor og seriøst, gjorde at pasientene også tok seg selv på alvor. Grensene for pasientene ble i starten naturlig avgrenset av det terapeutiske miljøet, men etter tid klarte pasientene å sette grenser for seg selv, og innså etter hvert at selvskadingen hadde vært brutal. Etter hvert opplevde pasientene trygghet, og sammen med de to nevnte faktorene ovenfor, gjorde det at pasientene turte å kjenne på følelsene sine i stedet for å skade.
2. Selvfølelse – Etter første fase følte pasientene seg forstått og respektert som unike individer, noe som igjen førte til at mange av de fikk økt selvbilde, som igjen gav en økt selvfølelse. Dette førte til at mange av pasientene turte å utforske sine kreative talenter og opplevde en indre styrke de ikke trodde de hadde.
3. Lære å forstå – Resultatet av de forrige fasene med økt selvfølelse og oppdagelsen av indre styrke gjorde at pasientene tok steget til å kunne prøve å forstå hvorfor de selvskadet, og hvilke følelser som trigget ønsket om å skade. Ved å utforske dette følte pasientene at de hadde større mulighet til å kontrollere egen atferd.
4. Autonomi – At pasientene oppdaget at de hadde mulighet til å bestemme om de skulle selvskade eller ikke, gjorde at de følte en form for autonomi.
5. Stoppe med selvskading og lære nye strategier – For å kunne klare å slutte med selvskading presiserte pasientene at det var viktig å finne andre aktiviteter som gav utløp for nettopp de følelsene som trigget til skading. Det kunne være å uttrykke følelser direkte, fysisk aktivitet, kreative aktiviteter eller ta kontakt med andre mennesker. Ved å finne alternative strategier, økte selvfølelsen til pasienten ytterligere og motivasjonen for å jobbe for å bli kvitt selvskadeatferden vokste.
6. Vedlikehold – Dette er en fase som for mange vil vare resten av livet, og de fleste vil føle en trang til å skade selv om det er lenge siden de har gjort det (Kool et al., 2009).

Forfatterne beskriver at modellen er vanskelig gjennomførbar i praksis, men kan brukes som et verktøy i arbeidet (Kool et al., 2009).

5.6 Sykepleietiltak til pasienter som selvskader

Etter å ha beskrevet pasient- og sykepleieperspektiv i de foregående kapitlene, skal jeg i dette kapitlet forsøke og formulere viktige sykepleietiltak i arbeid med pasienter som gjør selvskade.

5.6.1 Viktighet av en god relasjon

Opprettelsen av et profesjonelt, godt terapeutisk forhold bygget på empati fra sykepleier, trygghet, aksept, respekt og tålmodighet er sentralt for arbeidet med mennesker som gjør selvskade (Long & Jenkins, 2010; Toftehagen et al., 2014; Bosman & van Meijel, 2008; Kool et al., 2009). Likheter i relasjon med sykepleier er viktig, da ulikheter kan føre til forvirring, fremmedgjøring og mer selvskadeatferd. Sykepleier og pasient må snakke samme "språk" for å skape en felles forståelse (Bosman & van Meijel, 2008; Long & Jenkins 2010).

5.6.2 Se og møte mennesket bak atferden

Sykepleier må erkjenne pasienten og møte mennesket bak atferden. På denne måten vil pasientene føle seg forstått og selvfølelsen vil øke (Kool et al., 2009). At pasienten kan få være tilstede med noen og være et sted hvor man fritt har mulighet til å uttrykke følelser, erfaringer, sinne og tristhet uten å bli dømt ser ut til å gi pasienten ytterligere økt selvfølelse og motivasjon til å gjennomføre arbeidet (Toftehagen et al., 2014; Long & Jenkins, 2010; Toftehagen & Fagerstrøm, 2010).

5.6.3 Oppfatte triggere

Sykepleier må forsøke og oppfatte triggere. Ulike triggere kan innebære situasjoner, tanker og/eller følelser (Kool et al., 2009; Toftehagen et al., 2014). Mange av pasientene er ofte uvitende om hvilke triggere de selv har og har vanskelig for å sette ord på følelsene sine (Toftehagen et al., 2014). Det å klare og sette ord på følelser ser ut til å være første trinn i behandling. Når pasienten føler trang til å skade, er det viktig å prøve, sammen med pasienten å finne andre alternativ til å selvskade (Toftehagen og Fagerstrøm, 2010). Som nevnt i kapittel 5.5.1 kan det være å uttrykke følelser direkte, fysisk aktivitet, kreative aktiviteter eller ta kontakt med andre mennesker (Kool et al., 2009). Det er viktig å inkludere pasientene i å

finne andre mestringsstrategier, slik at pasienten opplever autonomi. Autonomi i denne sammenhengen handler om å lære pasienten til selv å finne mestringsstrategier som dekker følelsene/tankene eller situasjonene som trigger til selvskading (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010).

6 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen; ”*Hvordan kan sykepleier via den mellommenneskelige relasjonen bidra til å redusere selvskadeatferd*”. Jeg velger å drøfte problemstillingen min i lys av valgt teoretisk rammeverk av Joyce Travelbee. Innenfor rammeverket vil jeg også bruke funn fra forskning, Joyce Travelbees teori og faglitteratur. Jeg vil også benytte eksempler fra boken ”*For å overleve – en bok om selvskading*” for å belyse problemstillingen, da denne beskriver pasienterfaringer om selvskade.

6.1 Sammenheng mellom Travelbees begrep lidelse og selvskading

Som nevnt i teoridelen beskriver Travelbee begrepet lidelse (jf. kap 3.2). Hun sier at mennesket opplever lidelse når man har opplevd fysisk eller psykisk smerte over lenger tid, uten å få hjelp. Resultatet blir at man kan oppleve stor grad av håpløshet og sinne (Travelbee 1999). I denne sammenhengen vil jeg se selvskading som en type ”lidelse”. Selvskading er et uttrykk for følelser og en måte å kontrollere følelser på, blant annet følelsen av håpløshet (Øverland, 2006). Travelbee (1999) beskriver at mennesker som har opplevd lidelse tidligere og mestret det, vil mestre nyoppstått lidelse på samme måte. Dette samsvarer med selvskading i den grad at det er en repeterende atferd og en mestringsstrategi for negative emosjoner (Mehlum, 2015). Travelbee (1999) beskriver at mennesker vil reagere ulikt på lidelse, i likhet med at selvskading har en rekke ulike funksjoner og vekker ulike følelser hos pasienten som selvskader, som for eksempel kontroll og skam (Øverland, 2006), i tillegg til at de pålegger seg urimelige emosjoner og følelser som at det er ”typisk meg” (Mehlum, 2015).

4.2 Det innledende møtet

Øverland (2006) beskriver at et godt førsteinntrykk er viktig, fordi det kan ha konsekvenser for senere behandling. Med et godt førsteinntrykk og tidlig bedring i relasjonen vil øke sannsynligheten for ytterligere bedring senere.

Travelbee (1999) beskriver at det innledende møtet kan være preget av tidligere erfaringer og forutinntatte meninger. Det er kjent at mange av de som begynner å selvskade har blitt utsatt for traumatiske hendelser i fortiden – de har negative livserfaringer og ofte brutte relasjoner (Mehlum, 2015). Atferden kan for mennesker rundt virke skremmende, og mange pasienter

kan ha blitt avvist av både familie og helsepersonell av denne grunnen (Mehlum, 2015; Øverland, 2006). Travelbee (1999) beskriver også at pasienter som tidligere har opplevd avvisning eller blitt oversett, vil møte og prøve å mestre lidelsen på egenhånd – pasienten har mistet tilliten til andre. I tillegg er pasienter som selvskader veldig sårbare og sensitive for avvisning (Øverland, 2006). Long og Jenkins (2010) fant i sin kvalitative studie at sykepleiere vektlegger viktigheten av å ”være ny” med pasientene. Dette på bakgrunn av tidligere erfaringer med avvisning og negative holdninger. Sykepleierens oppgave ved det første møtet vil være å prøve å kunne vende negative erfaringer til et håp om bedring denne gangen selv om tidligere erfaringer har vært preget av mislykkethet (Øverland, 2006).

Som tidligere gjort kjent i oppgaven finnes det sykepleiere som møter pasienter med frustrasjon og motvilje (Toftehagen og Fagerstrøm, 2010; Karman et al., 2015). Det blir også beskrevet i forskning at sykepleiere som har jobbet med pasienter som gjør selvskade opplever det utfordrende. Særlig utfordrende er sykepleier-pasient relasjonen (Toftehagen et al., 2014; Bosman & van Meijel, 2008). For å kunne skape et godt førsteinntrykk, som Øverland (2008) snakker om, er det viktig at sykepleieren møter pasienten med respekt og en ikke-dømmende holdning ovenfor pasientene og deres atferd (Toftehagen et al., 2014). Øverland (2006) skriver også at et ønske fra pasientene sin side er å bli møtt med respekt og åpenhet. Å møte alle mennesker med respekt er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og gjør dette til en etisk plikt (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Travelbee (1999) beskriver at det må foreligge en ”avkategorisering” i forholdet for å skape likhet mellom individene. Det er viktig at det blir et komplementært forhold basert på at begge parter er like - man finner en balanse i forholdet. Forholdet preges av at sykepleieren vil hjelpe og at det er tillit tilstede i forholdet (Øverland, 2006). En likhet i relasjonen vil føre til mindre forvirring og større forståelse (Bosman & van Meijel, 2008; Long & Jenkins, 2010). Pasienter har selv sagt at betydningen av å ha en kontinuerlig relasjon er viktig (Øverland, 2006). Om pasienten begynner å trekke kjennskap til tidligere dårlige relasjoner kan det oppstå en falskhet mellom sykepleier og pasient, og relasjonen vil ikke videreutvikles. Man må møte pasienten med åpenhet og ikke trekke for raske klassifiseringer eller forståelse for å kunne oppnå en terapeutisk relasjon (Øverland, 2006). Øverland (2006) presiserer at relasjonen ikke er et overordnet mål, men kun et verktøy til å nå et mål, som i dette tilfellet vil være å hjelpe pasienten til å redusere sin selvskadeatferd.

6.3 Fremvekst av identiteter

I denne fasen vektlegger Travelbee viktigheten av at sykepleieren ser på pasienten som et unikt individ, og motsatt - at pasienten ser på sykepleieren som et unikt individ og ikke bare "en av alle sykepleiere" (Travelbee, 1999). Likedan underbygger forskning at det er viktig at sykepleieren erkjenner pasienten som et individ (Toftehagen et al., 2014) og prøver å forstå bakgrunnen for selvskadingen, da dette kan ha betydning for videre behandling og prognose (Øverland, 2006). Sykepleieren trenger en forståelse av at selvskadingen er en meningsfull atferd for pasienten, og som brukes som et verktøy for å regulere og kontrollere følelser og emosjoner (Bosman & van Meijel, 2008; Øverland, 2006). Om sykepleieren ikke klarer å opparbeide seg en forståelse av pasientens atferd kan det føre til mer selvskading (Bosman & van Meijel, 2008). Når sykepleieren klarer å erkjenne pasienten, vil pasienten føle seg forstått og selvfølelsen vil øke (Kool et al., 2009). Dersom man ikke klarer å erkjenne pasientens selvskading, og i tillegg møter vedkommende med en avvisende holdning er det slik jeg ser det større risiko for at pasienten opplever et nytt nederlag. Lav selvfølelse skal prøve å fjernes og erstattes med tillit og dialog (Toftehagen et al., 2014). Som nevnt tidligere er økt selvfølelse en viktig faktor for å kunne redusere, eventuelt å slutte med selvskading (Kool et al., 2009).

Medmenneskelighet er en faktor Åkerman (2010) vektlegger som en viktig evne hos sykepleieren. Åkerman har selvskadet i mange år, og har skrevet bøker om egne erfaringer rundt det å selvskade, møte med helsevesenet og hjelpen hun har mottatt. Hun beskriver at den beste måten å møte et menneske som selvskader er med medmenneskelighet (Åkerman, 2010). Videre skriver hun at hun møtte en sykepleier som startet den aller første samtalen med å fortelle om seg selv. Hun fortalte kort om sin egen familie og hva hun likte å gjøre. Dette var en ting som gjorde at Åkerman følte at sykepleieren viste stor tillit til henne allerede ved første samtale, og at det hadde stor betydning for hva slags inntrykk hun satt igjen med av sykepleieren., som i dette tilfellet hadde positivt utfall. Øverland (2006) skriver også at bruk av personlig historie kan være et hjelpemiddel for sykepleier til å oppnå tillit hos pasienten. I tillegg til å gi litt av seg selv kan medmenneskelighet vises ved kroppsspråk, aktiv lytting, berøring og tonefall beskriver Åkerman (Åkerman, 2010).

6.4 Empati

I empatifasen vil sykepleieren få en større forståelse og gjøre seg opp en mening om pasienten. Dette kan enten være i positiv retning ved å akseptere, eller negativt ved å stille bebreidende ovenfor pasienten (Travelbee, 1999). Åkerman (2010) beskriver at ved flere møter med sykepleiere og andre mennesker har de har stilt spørsmål om selvskadingen hennes bunner i et ønske om å få oppmerksomhet. Hun opplevde at alle som spurte om dette hadde det samme bebreidende tonefallet. Hun presiserer også at man må være veldig forsiktig med å benytte seg av begrepet ”oppmerksomhet” da dette begrepet i denne sammenhengen blir negativt ladet. Hun beskriver videre at alt pasientene egentlig trenger er omsorg og støtte, og hun tror dette er tilfellet for en stor andel av de som selvskader. Dette er en viktig faktor å være oppmerksom på da forskning viser at ord som ”oppmerksomhetssyke” ofte blir brukt om mennesker som selvskader (Long & Jenkins, 2010; Karman et al., 2015). En positiv endringsfaktor i forbindelse med negative holdninger hos sykepleier mot pasienter som selvskader er utdanning (Karman et al., 2015), og mer erfaring (Toftehagen et al., 2014). Det er også beskrevet at det ikke er lett å endre holdningene til sykepleiere. Det er en kompleks oppgave som muligens kan løses med en flersidig tilnærming, hvor hovedfokuset er utdanning innenfor selvskading og vilkårene for sykepleiepraksis (Karman et al., 2015).

Trygghet og tillit blir trukket frem som viktige faktorer i en relasjon med pasienter som selvskader. Tiden som en pasient bruker for å oppnå tillit hos en sykepleier kan være lang (Long & Jenkins, 2010). I denne fasen vil tilliten vokse hos pasienten ettersom sykepleieren utvikler en ytterligere forståelse, men tryggheten er ikke tilstede i relasjonen enda (Travelbee, 1999).

6.5 Sympati

I sympatifasen legges det vekt på å gi følelsesmessig støtte til pasienten og bidra med å mobilisere krefter hos pasienten til å jobbe med lidelsen (Travelbee, 1999). I denne sammenhengen vil det være å understøtte håp og hjelpe pasienten til å oppnå økt selvfølelse. Travelbee (1999) skriver pasientene i høy grad er avhengig av andre for at en endring skal skje, og at det å skulle be om hjelp krever at pasienten har tillit til den man spør. Å understøtte håp er en av faktorene som blir nevnt i grunnlaget for all sykepleie i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og dermed en viktig oppgave for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Slik jeg ser det er et ønske å bidra til at mennesker som selvskader ikke nødvendigvis slutter med å skade seg selv, men at de får hjelp til å skade seg mindre alvorlig, eller eventuelt sjeldnere (Toftehagen et al., 2014). Ved å gi følelsesmessig støtte og vise forståelse for det smertefulle pasienten opplever vil i seg selv kunne medføre økt selvfølelse for pasienten.

Øverland (2008) skriver at mange pasienter forstår og ser de negative konsekvensene med selvskadingen, men at det allikevel ikke gjør noe med det fordi de ikke har tro på at de klarer å oppnå endring. Videre skriver han at disse tankene kan ha sammenheng med tidligere negative erfaringer om å ikke lykkes, eller lav selvtilit. Forskning viser også at nettopp følelsen av håpløshet hos pasienten kan føre til selvskading (Toftehagen og Fagerstrøm, 2010). Dette står også i sammenheng med Travelbee sin teori. Hun sier at pasienter som opplever håpløshet ikke ser endringsmuligheter for alt ser nytteløst ut. Hun sier at pasienten ikke en gang tror at noen er interessert i å hjelpe (Travelbee, 1999).

Pasienter har selv uttalt at økt selvfølelse og selvilde er viktige faktorer i arbeidet med å redusere/avslutte selvskading. Økt selvfølelse oppnås blant annet ved å bli respektert og møtt som unike individer, blant annet av sykepleiere (Kool et al., 2009). Forskning viser at en av utfordringene ved å jobbe med mennesker som skader seg selv er å måtte bære håpet om bedring for pasientene (Toftehagen et al., 2014). Travelbee (1999) understreker at en sykepleier ikke kan gi håp til pasienten, men må legge til rette for at pasienten kan oppleve håp (Travelbee, 1999). Det å skulle inspirere andre til å oppleve håp kan være tidkrevende, mente en respondent i en av mine valgte forskningsartikler (Toftehagen et al., 2014).

Sykepleiere har ofte tro på at pasienten har ferdigheter de ikke selv vet om og bærer et håp om bedring av selvskadingen, selv når pasienten verken har håp eller tro (Toftehagen et al., 2014). Mange av pasientene kan ha en oppfattelse av at de er fanget i selvskadingen og aldri kommer til å klare og slutte. Da er det viktig at sykepleieren gjentar at det er mulig, men at det er greit å gjøre det i sitt eget tempo (Øverland, 2006). Pasientene tar nytte av sykepleiere som fremmer håp, øker selvfølelsen deres og har en forståelse (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010).

En annen faktor som vektlegges av Travelbee i sympatifasen er å iverksette sykepleietiltak. I denne oppgaven handler det om at sykepleiere må gjenkjenne triggere, deretter samarbeide med pasientene og finne andre mestringsstrategier for selvskading. Sykepleiere mener at om pasientene klarer å kontrollere impulser og finne alternativer til selvskading vil det ha stor

verdi (Bosman & van Meijel, 2008). Dette innebærer også å få pasienten til å bli klar over hva slags følelser eller situasjoner som gjør at man føler trang til å selvskade (Kool et al., 2009). Som nevnt i teorien er det mange pasienter som ikke er klar over hva deres egne triggere til selvskade er. I tillegg kan det være vanskelig for pasientene og uttrykke seg med ord når trangene til å selvskade bygger seg opp (Toftehagen et al., 2014). Når man lærer å kjenne igjen triggere må sykepleiere forsøke å avverge selvskadingen med aktiviteter. Det kan for eksempel være å gå tur, spille og se på TV (Toftehagen og Fagerstrøm, 2010). Det er viktig at aktivitetene gir utløp for nettopp de samme følelsene som trigget til skading (Kool et al., 2009). Det er viktig at pasienten får mulighet til å utforske triggere og finne egne alternative mestringsstrategier (Toftehagen og Fagerstrøm, 2010), da dette fører til at pasientene opplever autonomi, økt selvfølelse og høyere motivasjon for å jobbe med redusering eller avslutte med selvskadingen (Kool et al., 2009).

Travelbee (1999) beskriver at omsorg er viktig i denne prosessen, men det også er viktig at omsorgen ikke fører til at sykepleieren blir handlingslammet. Dette vil jeg presentere i kapitlet under, i forbindelse med den terapeutiske relasjonen.

6.6 Gjensidig forståelse og kontakt

Travelbees siste fase i menneske til menneske relasjonen er gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen er det overordnede målet for hele prosessen, og man har sammen opprettet hva Travelbee kaller en menneske til menneske relasjon (Travelbee, 1999). Begrepet jeg vil bruke fra forskning som samsvarer med Travelbees begrep er *terapeutisk relasjon*. Sykepleierne må få tid og ressurser til å kunne etablere en terapeutisk relasjon med pasientene, da dette er elementært for å kunne yte god kvalitet i sykepleien (Karman et al., 2015). Det er i denne relasjonen hver enkelt pasients velvære fremmes (Toftehagen et al., 2014), og er sentral i arbeidet med pasienter som selvskader (Long & Jenkins, 2010). Den terapeutiske relasjonen skal være et sted hvor pasienten skal få snakke fritt om følelser og erfaringer uten å bli dømt (Long & Jenkins, 2010).

I kapitlet ovenfor ble det nevnt at omsorgen for pasienten ikke må føre til at sykepleieren blir handlingslammet (Travelbee, 1999). Det er viktig at sykepleieren ikke går inn i en for nær, følelsesladet relasjon, men heller tar litt avstand fra pasienten – uten å avvise, så det er mulig for sykepleieren å skille seg selv fra pasienten og skape en profesjonell relasjon.

Relasjonen skal bygge på både nærhet og distanse, som gjør at relasjonen kan vare over tid. Pasienter som bosatt i kommunale bofellesskap vil sannsynlig være i behov for bistand over tid. Denne terapeutiske relasjonen burde inneholde faktorer som forutsigbarhet og støtte (Toftehagen et al., 2014).

Som nevnt i teorien er det mange sykepleiere som føler at de har en mindre rolle i behandlingen av selvskade (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010). Øverland (2006) skriver at styrken forholdet sykepleiere har til pasienter som selvskader ofte blir undervurdert, og sykepleierne ikke helt forstår hvor mye de betyr for pasientene. Han skriver videre at pasienter ved anledninger har skjult selvskadingen ovenfor sykepleiere de liker godt, fordi de er redd for at sykepleierne skal gi de opp (Øverland, 2006). Det er viktig at sykepleieren ikke gir opp, men har tålmodighet og er gjentakende positiv, da endringer i mønsteret av selvskading kan ta lang tid (Kool et al., 2009). Travelbee (1999) skriver at sykepleieren må ha mot til å se problemet i øynene og ha utholdenhet til å prøve om og om igjen.

6.7 Autonomi, medvirkning og innleggelse på tvang

I kapittel 6.5 nevnte jeg viktigheten av at pasienten må få mulighet til å finne nye mestringsstrategier i samarbeid med sykepleier (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010), fordi dette vil fremme følelsen av autonomi hos pasienten (Kool et al., 2009). Jeg velger å tolke Travelbees setning om at sykepleier må mobilisere krefter hos pasienten til å jobbe med lidelsen likestilt med begrepet autonomi (Travelbee, 1999). Autonomibegrepet står, som beskrevet i teoridelen sterkt i de utvalgte lovene jeg har omtalt (Lov om psykisk helsevern, 2001) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001), samt i etikken (Brinchmann, De fire prinsippers etikk, 2013) Autonomi er pasientens mulighet til å ta egne beslutninger angående egen helse og behandling (Brinchmann, De fire prinsippers etikk, 2013).

I tillegg til at pasienten skal være med å bestemme over egen behandling, beskrives det i en av de utvalgte artiklene at psykiatriske sykepleiere i kommunen følte seg ansvarlige for pasientenes bedring fordi det ligger i sykepleiers natur å ”gjøre mennesker bedre” (Thompson et al., 2008). Å gjøre mennesker godt eller bedre kommer i tillegg til syne i etikken, det beskrives som å ”ikke-skade” eller ”velgjørenhet” og er sentralt i arbeidet som sykepleier (Brinchmann, De fire prinsippers etikk, 2013). Sykepleierne beskriver videre at de ønsket å gi pasientene ansvar for deres egne handlinger, at selvskadingen er et autonomt valg. Men ved å

gjøre dette var sykepleierne redde for å føle seg skyldig om pasientene utførte selvskading som hadde døden til følge (Thompson et al., 2008). Denne uttalelsen fra de psykiatriske sykepleierne i kommunen står i strid med en av de andre valgte artikler som beskriver at selvskading ofte skjer som en impulsiv handling og ikke bevisst (Toftehagen & Fagerstrøm, 2010). Likedan skriver Øverland (2006) at selvskading ofte skjer når pasienten opplever stort kaos, og selvskadingen i stor grad ikke er ønsket.

Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.7 sier at ingen mennesker skal bli utsatt for krenkelse eller tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011). Allikevel har pasienter mulighet til å bli lagt inn i akuttpsykiatrien på tvang, om skadeomfanget av selvskadingen er omfattende. For å kunne legges inn i akuttpsykiatrien med tvangsvedtak, det vil si uten samtykke fra pasient, er det en rekke punkter som være oppfylt etter psykisk helsevernloven §3-3 (Lov om psykisk helsevern, 2001). Det innebærer blant annet at frivillig innleggelse skal være utprøvd, da dette alltid er førstevalget ved innleggelse, etter paragraf om samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Videre er det punkter som innebærer legetilsyn av to leger, pasienten skal være til fare for seg selv eller andre, pasienten skal ha en alvorlig sinnslidelse og tvangsinnleggelsen skal være i pasientens favør ved at institusjonen hvor pasienten innlegges skal gi tilfredsstillende behandling med tilstrekkelige ressurser. I tillegg skal pasienten ha fått mulighet til å uttale seg (Lov om psykisk helsevern, 2001, §3-3). Øverland (2006) beskriver at han erfaringsmessig har opplevd at planlagte innleggelser hos pasienter som selvskader gir bedre resultater enn akutte innleggelser. Han skriver videre at mange sykepleiere har opplevd det vanskelig å samarbeide med akuttavdelinger eller legevakt. Dette på bakgrunn av at pasienter har opplevd at de har blitt møtt med moraliserende kommentarer. I tillegg kan hjelpen oppleves som mangelfull for pasientene. Fordelen med psykiatriske institusjoner er at de ofte har et tverrfaglig personale og faglige retningslinjer som er beskrivende om hvordan de skal møte pasientene når forskjellige situasjoner oppstår (Øverland, 2006). Om pasientene har behov for langvarig og koordinert behandling, har pasientene rett til individuell plan etter §4-1, Lov om psykisk helsevern (2001).

6.8 Finnes det en lykkelig slutt?

Til slutt i hele prosessen kommer vedlikeholdsperioden. Denne perioden handler om å redusere skadeomfang, eller klare og ikke skade seg, men heller benytte seg av andre mestringsstrategier. Dette er en fase som kan vare hele livet, og mange vil oppleve trang til å skade lenge etter siste tilfelle av selvskading (Kool et al., 2009; Øverland, 2006). Mehlum (2015) beskriver at selv om mange klarer å komme seg ut av selvskadingen, så er det slik at behandlingen ikke er for alle; det kan inneholde faktorer som om at det tar for lang tid, det krever enorme ressurser og behandlingen er ikke like akseptabel for alle pasienter (Mehlum, 2015). Så kanskje målet og fokuset skal være å samarbeide med pasientene, så man kan redusere hyppigheten og alvorlighetsgraden av selvskadingen i stedet for at målet skal være å avslutte med selvskadingen (Toftehagen et al., 2014). Åkerman, med flere års erfaring med å skade seg selv beskriver at det å komme seg ut av selvskading krever øvelse, men målet skal alltid være å aldri skade mer (Åkerman, 2010). Også helt til slutt er det viktig å vite at; En viktig faktor for å kunne hjelpe pasienter til å slutte å selvskade er pasientens grad av hvordan han/hun opplever den faktiske støtten (Kool et al., 2009).

7 Avslutning

Som nevnt tidligere i oppgaven beskrives det i yrkesetiske retningslinjer at mennesker ikke skal bli utsatt for krenkelse eller tvang, og en faktor er at all sykepleie skal bygge på respekten for alle mennesker (Norsk sykepleieforbund, 2011). Etter å ha skrevet denne oppgaven har jeg fått kjennskap til blant annet sykepleiers holdninger i møte med pasienter som selvskader, og at disse holdningene er varierte. Betydningen av å ha gode holdninger i møte med pasienter som selvskader er kjent – og at det er tilnærmet avgjørende for hvordan behandlingen utarter seg. På denne bakgrunnen mener jeg at det bør skje endringer innenfor helsefeltet. En av faktorene som kan påvirke holdninger er grad av utdanning og erfaring (Karman et al., 2015; Toftehagen et al., 2014), og med denne kunnskapen tilgjengelig bør forandringer skje.

Tidlig i denne oppgaven presenterte jeg problemstillingen min som lyder slik; ”Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere selvskadeatferd?”. Målet gjennom hele oppgaven har vært å besvare dette spørsmålet. Etter å ha arbeidet med denne bacheloroppgaven, sitter jeg ikke igjen med et fasitsvar på problemstillingen min. Lesing av forskningsresultater og litteratur har midlertidig gitt meg større forståelse for hva som er gode sykepleieintervensjoner i arbeidet med pasienter som selvskader. Pasient og sykepleier må sammen danne en god relasjon. Denne relasjonen kan dannes ved hjelp av Travelbees teori om menneske til menneske relasjon. Sykepleier må møte pasienten med respekt, tillit og aksept. Gjennom hele arbeidet og endringsprosessen må sykepleier understøtte håp hos pasienten, for at pasienten skal kunne oppleve bedring av selvskadeatferden. Sykepleieren må observere triggere hos pasienten, og sammen med pasienten finne nye mestringsstrategier. Når dette arbeidet er gjort er det viktig for både sykepleier og pasient å holde ut arbeidet, som kan ta lang tid. Min læring etter å ha arbeidet med denne oppgaven, er betydningen av at verken sykepleier eller pasient må gi opp, på veien mot en mer levelig situasjon hvor selvskading opphører, eller der pasienten opplever å bli sett til tross for at hun selvskader. Jeg avslutter oppgaven min med et sitat fra Åkermans bok om hvordan det kan føles å skulle gå inn i en endringsprosess og slutte å selvskade; ”Det er ubehagelig å bestemme seg for å slutte og skade seg selv. Man vet jo hva man har, men ikke hva man får” (Åkerman, 2010, s.143).

Litteraturliste

- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bosman, M., & van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 22(4), 180-189 10p.
- Brinchmann, B. S. (2013). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2013). Innledning. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, B. V. (2013). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Helsepersonelloven (2001). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75 11p. doi:10.1111/jpm.12171
- Kool, N., van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 23(1), 25-31 7p. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.012
- Long, M., & Jenkins, M. (2010). Counsellors' perspectives on self-harm and the role of the therapeutic relationship for working with clients who self-harm. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 192-200 9p. doi:10.1080/14733140903474293
- Mehlum, L. (2015). Selvskading - hva handler det om? I K. R. Mehlum, *Ut av selvskading*

- veier til forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykisk helsevernloven (2001). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>
- Randi Toftagen, Anne-Grethe Talseth, and Lisbeth Fagerström, "Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm," *Nursing Research and Practice*, vol. 2014, Article ID 905741, 10 pages, 2014. doi:10.1155/2014/905741
- Ribe, K., & Mehlum, L. (2015). Forord. I K. Ribe, & L. Mehlum, *Ut av selvskading veier til forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2010). Å ta kroppen på ordet. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Thompson, A., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(3), 153-161 9p.
- Toftthagen, R. and Fagerstrøm, L. (2010), Clarifying self-harm through evolutionary concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24: 610–619. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00749.x
- Travelbee, J. (1999/2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øverland, S. (2008). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Åkerman, S. (2010). *For å overleve - en bok om selvskading*. (H. S. Plau, Overs.) Oslo: Humanist forlag.

Vedlegg 1

Presentasjon av artikler

Forfatter, År	Metode	Respondent	Funn/Resultat	Studiens begrensninger	Anbefalt videre forskning	Anbefalinger til praksis
Kool, van Meijel & Bosman, 2009	- Kvalitativt studie -Semi-strukturert intervju -Analyse: Grounded Theory	12 kvinner som hadde lykket med å slutte med selvskading	6 faser som kvinnene måtte gjennom i prosessen med å slutte med selvskading: 1. Sette grenser og samholdighet /føle forbindelse 2. Selvfølelse 3. Lære å forstå 4. Autonomi 5. Slutte med selvskading og lære nye strategier 6. Vedlikehold	----- ----	Effekt av artikkelens anbefalte intervensjoner	Samholdighet er en nøkkelfaktor gjennom hele prosessen. Sykepleierne anbefales: -å identifisere tidlige tegn på når pasienten mister kontakt med seg selv og omgivelsene. - identifisere følelser som utløser selvskading - tilrettelegge for å gjenopprette samholdighet hos pasienten. -Søke dypere forståelse for selvskading

						gen (bakenforliggende forklaring) . -Være tålmodige og gjenta positive budskap over tid - være bevisst egne holdninger - regelmessige samtaler/rådgivning med pasienten
Thompson, Powis & Carra dice, 2008	- Kvalitativ studie - Fenomenologisk analyse -Semi-strukturert intervju	8 erfarne psykiatriske sykepleiere som jobber i kommune	Kommunale sykepleiere beskriver -Vanskelig å forstå selvskadings atferd -Stressende å jobbe med pasientgruppen -Stressende å håndtere den følelsesmessige innvirkningen på en selv, og det å håndtere grensene for sitt profesjonelle ansvar i forhold til risikohåndtering	-Alle deltakerne var hvite og Britiske, noe som gjør at overførbareheten til andre etnisiteter og land kan være liten. -Studien er basert på erfaringer med å jobbe med pasienter som selvskadere og kan derfor	Videre forskning for å avdekke i hvilken utstrekning funn er representative for andre profesjoner i kommunehelsetjenesten. Evaluere videre intervensjoner for å styrke profesjonell bevissthet i arbeidet med selvskading.	Det er et behov for å forandre praksis i hvordan psykiatriske sykepleiere i kommunen støttes i arbeidet med pasienter som skader seg selv. Dette vil sannsynligvis påvirke pasientens utkomme (resultat).

			-Den terapeutiske relasjonen oppfattes som avgjørende - De brukte forskjellige mestringsmekanismer for å håndtere arbeidet og hadde behov for støtte i kollegaer.	være preget av fordommer.		
Karm an, Kool, Poslawsky & van Meijel , 2015	Litteratur studie . Hensikt: få innsikt i sykepleieres holdninger til selvskadning i praksis.	-15 artikler brukt -Kvalitative og kvantitative artikler fra 2001-november 2012. - 4 databaser (PubMed, PsychInfo, Cochrane, Cinahl). - Generelle sykepleiere og psykiatriker sykepleiere.	Negative holdninger til selvskadning er vanlig blant sykepleiere. Det er uklart om alder, kjønn, arbeidserfaring påvirker den enkeltes holdning. Settingen hvor sykepleierne jobber og deres kvalifikasjoner ser ut til å påvirker holdningene. For eksempel kan det tyde på at psykiatriske sykepleiere har en tendens til å	- Lite antall studier inkludert - Metodesvakheter i enkelte av studiene (for eksempel, mangelen på spørreskjema) - Ingen studier brukte randomisert utvalg	-Effekten av utdanningen knyttet til holdninger til selvskadning, gjennom kvasiekperimentelle studier og randomiserte kontroll studier. -Behov for empirisk forskning ved bruk av pålitelige og gyldige verktøy knyttet til sykepleiers holdninger til selvskadning -Behov for observasjons- og pasientrettet forskning -Mer forskning på de underliggende	- Sykepleiere må ha tilstrekkelig med tid og ressurser til å jobbe tett og støttende med pasienter som selvskadere . -Det trengs økt forståelse om hva selvskadning betyr fra et pasientperspektiv, dette vil muligens forbedre holdningene. - Sykepleiere må motta

			<p>ha mer positive holdninger enn en generell sykepleier.</p> <p>Sykepleieren s holdninger kan bedres med utdanning bestående med refleksjoner og interaktive elementer. Rådgivning og støtte fra kollegaer ser ut til å være spesielt viktig for psykiatriske sykepleiere.</p>		<p>e faktorene for positive holdninger til selvskading blant sykepleiere.</p>	<p>veiledning, ha en strukturert og koordinert tilnærming til behandling av selvskade og må motta støtte fra kollegaer og ledelse.</p>
<p>Long & Jenkins, 2010</p>	<p>- Kvalitativ metode</p> <p>- Hensikt: f</p> <p>a) få innsikt i rådgiveres erfaringer og tanker om selvskading</p> <p>b) Forstå den relasjonelle dybde i arbeidet med pasienter</p>	<p>8 rådgivere som jobbet innenfor Belfast område i Nord Irland</p>	<p>To hovedkategorier med underkategorier;</p> <p>1) Selvskadings-aktiviteter</p> <p>I) hvem selvskader</p> <p>II) Typer av selvskading</p> <p>III) Årsaker til selvskading</p> <p>2) Den terapeutiske relasjonen selvskading</p> <p>I) Den terapeutiske relasjonens</p>	<p>- Kun innhentet erfaringer fra praktiserende rådgivere.</p> <p>-Liten variasjon i alder, kjønn og kulturell bakgrunn</p>	<p>-Kvalitative studier med brukerperspektiv</p> <p>-Ytterligere forskning på de skjulte tilfellene av selvskading</p>	<p>-----</p> <p>-----</p>

	<p>som skader seg selv</p> <p>Analyse med Grounded theory</p>		<p>betydning for den som selvskader</p> <p>II) Den terapeutiske relasjonens betydning for rådgiveren som jobber med selvskading</p> <p>III) Rådgiverens ferdigheter og kvaliteter i arbeidet med selvskading</p>			
<p>Bosman & van Meijel, 2008</p>	<p>Litteratur studie</p> <p>Hensikt: utforske psykiatiske sykepleiere og pasienters perspektiv på selvskadingsatferd og behandling.</p>	<p>- 23 randomiserte kontrollstudier, i perioden 1990-november 2006</p> <p>- 4 databaser: Invert Cinahl, Cochrane, PsycLit, PubMed</p>	<p>-Det fantes lite forskning som belyser en felles forståelse av selvskadende atferd mellom pasient og fagfolk, eller bare fagfolk imellom.</p> <p>-Det var beskrevet få evidensbaserte strategier for håndtering av selvskading.</p>		<p>-Fremtidige studier bør fokusere på utvikling og utprøving av forebyggende tiltak, med vekt på effektive kommunikasjon mellom fagfolk og pasient.</p> <p>- Fysiske trening som intervensjon</p>	
<p>Toftenhagen, Talseth & Fagerstrøm, 2014</p>	<p>- Kvalitativ -Semi-strukturert intervju</p> <p>- Innholds</p>	<p>-15 psykiatiske sykepleiere</p>	<p>To hovedkategorier med underkategorier;</p> <p>1) Utfordrende og</p>	<p>Andre metoder kan muligens få frem andre aspekter.</p>	<p>-Videre forskning burde ha fokus på hvordan psykiatiske sykepleiere kan fremme</p>	<p>-----</p> <p>-----</p>

	<p>nalyse</p> <p>Hensikt: utforske psykiatriske sykepleieres erfaring med omsorg for innlagte pasienter som skader seg selv i akutfase.</p>		<p>samarbeiden de sykepleier-pasient forhold</p> <p>I) omsorgsfull holdning ovenfor pasienten</p> <p>II) Bære håp om bedring</p> <p>III) Være i reflekterende dialog for å fremme pasientens verbale uttrykk</p> <p>IV) Bli følelsesmessig berørt av pasientene</p> <p>2) fremme velvære gjennom sykepleierintervensjoner</p> <p>I) Evaluere og følge opp triggere</p> <p>II) Observere tegn til risiko for selvskading</p> <p>III) Søke etter forebyggende aktiviteter</p> <p>IV) Tillate og/eller forebygge ytre selvskade</p> <p>V) Ta ansvar for pasientens sår og skade</p> <p>VI) Evaluere</p>		<p>velvære gjennom person-sentrerte sykepleietiltak. Dette kan innebære sårstell, medisinerings eller individuell sykepleie og mestringsplaner spesielt fra et pasientperspektiv.</p> <p>- Systematiske observasjoner og vurderinger, observasjon av triggere og bruk av avledning under reflekterende dialog.</p>	
--	---	--	--	--	--	--

			behov for medisinerin g			
Tofte hagen & Fagers trøm, 2010	<p>- Evolusjon ær begrepsa nalyse av begrepet "Self-harm"</p> <p>Hensikt: Muliggjør e forskning og teoriutvik ling, muliggjør e utvikling og evaluerin g av medisins ke intervensj oner og sykepleie overfor personer som skader seg selv.</p>	<p>-23 sykepleievit enskaplige artikler</p> <p>-25 medisinske artikler</p> <p>- 4 databaser; Medline, PubMed, Cinahl og PsychINFO</p>	<p>Foreløpig teoretisk modell, bestående av:</p> <p>Selvskading kan defineres som et mønster av uttrykk for mental smerte.</p> <p>Utløser e (antecedents):</p> <ul style="list-style-type: none"> - kjønn - Mental smerte - Rusmisbruk - Relasjonelle problemer <p>Attributter (kjennetegn):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repeterende mønster - Skader ifm oralt inntak (rusmidler, mat) - Skader på ytre kropp - Fysisk smerte for å lette den mentale smerte - Tid <p>Konsekvens</p>		<p>-Hvilke faktorer kan forebygge utviklingen av psykisk smerte til et repeterende mønster av fysisk selvskading eller selvmord.</p> <p>-Hvilken rolle spiller sykepleierne i forebyggend e omsorg</p> <p>-Hva er den egentlige fordel en med medikament ell behandling</p> <p>-forskning på relasjonsfor mer som indikerer at det å sette ord på mental smerte er et forebyggend e tiltak mot selvskading</p>	

			er: - Kirurgisk behandling av fysisk skade - Medikament er - Sykepleiers motvilje - Individualise rt pasientbeha ndling - Helseperson ells grad av kunnskap - Prosedyrer - Tverrfaglig samarbeid			
--	--	--	---	--	--	--