



Høgskolen Betanien

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Tittel på norsk:

Selvskading:
Fra krise til kontroll

Tittel på engelsk:

Self-harm:
From crisis to control

Kull: 2011

Kandidatnummer: 40

Antall ord: 8750

Innleveringsdato: 09.04.2014

Veileder: Britt Tingvatn



Høgskolen Betanien

Publiseringsavtale bacheloroppgave

Tittel på norsk: Selvskading: Fra krise til kontroll

Tittel på engelsk: Self-harm: From crisis to control

Kandidatnummer: 40

Forfatter(e): Iselin Straus Dahl

Årstall: 2014

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i HBB Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen Betanien en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja X
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

Ja
nei X

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei X

Sammendrag

Problemstilling: ”Hva påvirker bedring hos selvskadere innlagt i døgnpost”?

Metode: Dette litteraturstudiet baserer seg på pensumslitteratur, forskningsartikler og selvvalgt litteratur. Forskning som er benyttet er en systematisk oversiktsartikkel og to kvalitative studier av nyere dato, funnet i anerkjente databaser.

Formål: Studiet er gjennomført for å undersøke hvordan forskjellige tiltak påvirker bedringsprosessen til en selvskader. Tiltak som drøftes er påstander hentet fra forskning der selvskadere har uttalt seg om hva de mener påvirker deres bedring.

Resultat: For at en person som skader seg skal oppleve bedring, er det vesentlig at pasienten har en aktiv medvirkning i sin behandling. Det er også viktig at pasienten har helsepersonell rundt seg som mestrer å bygge gode relasjoner. Her bør pasienten ha mulighet til å utfolde seg i trygge omgivelser, for på den måten påvirke bedringsprosessen.

Konklusjon: Teori og forskning er relativt samstemt når det kommer til hva som gir bedring hos en selvskader. Forskning viser at pasienter ønsker mer informasjon om selvskading. Det er vanskelig å finne teori og litteratur om deres informasjonsbehov. Sykepleiere som til daglig jobber med selvskadere bør derfor ha egne kurs om hvordan denne pasientgruppen kan informeres og behandles for å oppnå bedring. Det er viktig fra helsepersonell sin side å se hele det unike mennesket og behandle dem med den respekt og anerkjennelse som man selv ønsker å bli vist.

Summary

Problem: “What affects the improvement in self-mutilators admitted to inpatient care”?

Method: This literature study is based on curriculum, research papers and self-selected literature. The included research consists of a systematic review and two qualitative studies of recent date, both found in renowned databases.

Purpose: The study is conducted to examine how various measures affect the recovery process for a self-mutilator. Measures that are discussed are statements taken from research where self-mutilators have spoken out about what they think affects their recovery.

Result: For a person who self-harms to see an improvement, it is essential that the patient has an active participation in their treatment. It is also important that the patient has health professionals around them that are capable of establishing good alliances. The patient should have the opportunity to express themselves in a safe environment, which further will improve their recovery process.

Conclusion: Theory and research are relatively coherent when it comes to what provides improvement in self-mutilators. Research shows that patients would like more information about self-harming. It has however been difficult to find theory and literature about their information needs. Nurses that work with self-mutilators should receive training on how this patient group can be informed and treated in order to achieve sufficient improvement. It is important that health professionals see the patients as unique human beings and treat them with respect and recognition that they themselves would have wanted to be shown.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 6 |
| 1.2 Problemstilling..... | 7 |
| 1.2.1 Avgrensing og presisering..... | 7 |
| 1.3 Definere begreper..... | 7 |
| 2.0 Metode..... | 8 |
| 2.1 Litteraturstudie..... | 8 |
| 2.2 Kildekritikk..... | 9 |
| 2.3 Søkehistorikk..... | 9 |
| 2.4 Begrunnelse for valg av forskning..... | 10 |
| 2.5 Etske betraktninger..... | 10 |
| 3.0 Teori..... | 11 |
| 3.1 Selvskading..... | 11 |
| 3.1.2 Årsaker til selvskading..... | 11 |
| 3.2 Bedring..... | 12 |
| 3.2.1 Sympati, empati og personkjemi..... | 13 |
| 3.2.2 En genuin nysgjerrighet..... | 13 |
| 3.2.3 Gjensidighet..... | 14 |
| 3.2.4 Bygge relasjon..... | 14 |
| 3.3 Joyce Travelbee om menneske-til-menneskeforhold:..... | 14 |
| 4.0 Resultat fra forskning..... | 16 |
| 4.1 Artikkel 1..... | 16 |
| 4.2 Artikkel 2..... | 17 |
| 4.3 Artikkel 3..... | 18 |
| 5.0 Drøfting..... | 19 |
| 5.1 Innleggelse i døgnpost..... | 19 |
| 5.2 Et menneske-til-menneske-forhold..... | 20 |
| 5.3 Brukermedvirkning..... | 22 |
| 5.4 Sympatisk helsepersonell..... | 23 |
| 5.5 Behandling av bakenforliggende faktorer..... | 25 |
| 5.6 Å bli kjent med seg selv..... | 26 |
| 5.7 Informasjon til selvskadere..... | 28 |
| 5.8 Bedre tilgang til lokale tjenester og ettervern..... | 29 |
| 6.0 Konklusjon..... | 31 |
| 7.0 Litteratur og referanser..... | 32 |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er ikke enkelt å finne pålitelige tall om selvskading men fenomenet er trolig økende (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012, s. 228). I 1997 og 2004 ble det gjennomført to spørreundersøkelser om selvskading blant videregående skoleelever i Bergen. Disse undersøkelsene viste en økning i forekomst av selvskading fra 13.9 prosent til 19.4 prosent. Det var flest jenter som skadet seg, samt at det var en større økning av selvskadere blant dette kjønnnet (Øverland, 2006, s. 29). Øverland (2006, s. 39) skriver at undersøkelser gjort på verdensbasis viser samme tendenser. Det er behov for kunnskap fra mennesker som selvskader om hvordan fremme bedring ved innleggelse. Forskning som angår effekt av behandling i døgnpost er sparsom (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 47). Det finnes like mange bakenforliggende skjebner og forståelser på hvorfor noen skader seg som det finnes selvskadere (Øverland, 2006, s. 41). Pasientgruppen blir ofte møtt med negative holdninger fra behandlingsapparatet (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012, s. 231).

Tilgjengelig litteratur om hva pasienter som selvskader opplever som bedringsfremmende ved innleggelse, handler blant annet om helsepersonells respekt og tilgjengelighet. Det er også fokus på forståelse, støtte, brukermedvirkning og eget ansvar for bedringsprosessen (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 47). Borg & Topor (2007, s. 107) skriver at *”erfaringene og kunnskapen til mennesker med psykiske lidelser må anerkjennes og respekteres”*.

Jeg har erfart fra praksis at kunnskap om selvskadere sin opplevelse på hvordan de blir møtt og hørt i psykiatrisk institusjon, kan føre til at helsepersonell kan bidra i deres bedringsprosess. I oppgaven har jeg derfor benyttet meg av sykepleierteoretikeren Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold. Dette fordi hun her beskriver det unike forholdet mellom sykepleieren og den syke. Mennesker som skader seg finnes i alle samfunnsklasser og med forskjellige bakgrunnsproblemer (Åkerman, 2010, s. 168). På skolen, i idrettsklubben, på korpsøvingen og på arbeidsplassen. Fenomenet er derfor samfunnsaktuelt. Selvskading er tabubelagt og ofte forbundet med skam (Øverland, 2006, s.14 & Aarre, Bugge & Juklestad, 2012, s. 231). Med bakgrunn i dets relevans for dagens sykepleiere, og av egen interesse har jeg derfor valgt følgende problemstilling:

1.2 Problemstilling

”Hva påvirker bedring hos selvskadere innlagt i døgnpost”?

1.2.1 Avgrensing og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til å gjelde kvinner i 18-30 års alderen. Oppgaven omhandler pasienter innlagt i døgnpost på psykiatrisk sykehus. Denne gruppen pasienter er ofte åpen og ærlig om sitt problem, samt at de fleste er motivert for å oppnå bedring i sin helsetilstand. Jeg har valgt å ha ett pasientrettet perspektiv der uttalelser fra pasienter spiller en sentral rolle. I oppgaven blir sykepleier og annet personal som arbeider med denne pasientgruppen ofte omtalt som helsepersonell, da dette er ett begrep som blir benyttet innenfor psykisk helse. Jeg har bevisst valgt å unngå og trekke inn selvskading med ønske om selvmord som utfall.

1.3 Definere begreper

Selvskading: Definert av Favazza (1996) i Øverbø (2006, s. 17): Direkte og intendert ødeleggelse eller endring av sitt eget kroppsvev uten selvmordsintensjon.

Døgnpost: Et tilbud man finner på Distriktpsykiatrisk senter (DPS). DPS er definert som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern. DPS består av ulike type tilbud og tjenester: Dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester (Nylenna, Arnesen, Hauge, Kirkevold & Schlichting, 2007, s. 205).

Bedring: Referert fra William Anthony i Topor (2006, s. 19): *”Bedring beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensende rammen sykdommen skaper. Bedring krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekt bak seg”.*

Personer: Kvinner i 18-30 års alderen.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert (1985, s. 196) har definert metode slik: «*En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Med det menes en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Ved denne metode gis det anledning å bruke andres forskning og litteratur til å belyse en problemstilling. Man har mulighet til å sammenligne og velge det som er av interesse. Samtidig må man selv vurdere innholdet, hvilken metode som er brukt og velge litteratur og forskning som viser seg gyldig, holdbar og relevant (Dalland, 2012, s. 73-75).

I oppgaven er det benyttet en systematisk oversiktsartikkel og to kvalitative artikler samt fag- og annen relevant litteratur for å belyse problemstillingen. Det er benyttet relevant stoff fra kvalitativ og kvantitativ forskning, for å få fram enkeltpersoners meninger og for å belyse fenomenet selvskading i ett større perspektiv.

I en systematisk oversiktsartikkel går forfatterne systematisk fram og oppsummerer og sammenstiller resultater av alle relevante studier på området (Dalland, 2012, s. 79).

De kvalitative artiklene bygger på forskningsintervjuer som tar for seg en enkelt studie hver. Målet er å forstå verden sett fra intervjupersonenes side (Dalland, 2012, s. 140).

Oppgaven videre vil ta for seg relevant faglitteratur og en gjennomgang av artiklene som er benyttet. Det vil så bli belyst, drøftet og analysert relevant informasjon for problemstillingen med grunnlag i faglitteratur, forskningsartiklene og selvvalgt litteratur.

2.2 Kildekritikk

Selvskadning er ett hurtigvoksende fenomen. Det kan derfor være vanskelig å finne oppdatert teori og forskning. I oppgaven er gyldighet, holdbarhet og relevans opp mot problemstillingen bakgrunn for valg av kilder. De fleste kilder som er benyttet finnes høyt i kildehierarkiet (Dalland, 2012, s. 71).

I denne oppgaven er det bevisst brukt litteratur som er mindre enn 10 år, samt primærkilder der det er mulig. Travelbees ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” er publisert i 1999, men er benyttet fordi dette er en anerkjent teori som brukes i undervisning.

Noen av litteraturkildene som er benyttet er sekundærkilder. Sekundærkilder blir ofte brukt som fagstoff og pensum. Dette kan påvirke kvaliteten på arbeidet, at tekstene er tolket og skrevet ned på nytt av andre enn den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2012, s. 73).

Sekundærlitteraturen som er benyttet i denne oppgaven er lest og vurdert nøye. Ettersom forfatterne viser til forskning og teorier har de tilsynelatende hatt ett objektivt syn på fakta. Litteraturen deres blir derfor vurdert som ikke å være et hinder for god kvalitet.

Noe av den selvvalgte litteraturen er benyttet fordi den stammer fra forfattere som har egenerfaring med selvskadning.

2.3 Søkehistorikk

For å finne forskningsartikler som belyser problemstillingen er det søkt i databasene PubMed, SveMed+, cochrain, ovid og helsebiblioteket. Dette er anerkjente databaser som er særlig egnet om man ønsker forskning innenfor helsefag. Kriteriene var at ingen funn skulle være eldre enn 10 år og omhandle selvskadning.

I søkeprosessen er det benyttet søkeord som selvskadning, bedring, bedringsprosess og institusjon. Mesh ord som har vært i fokus er: self-harm, self concept, self care, self efficacy, female, quality of life, self-help devices, self-assessment and clinical services. “AND” er brukt til å kombinere (mesh)ord for å komme fram til relevante funn.

Ved de første søkene kom det til sammen frem flere tusen treff. Etter hvert som søkene ble snevret inn, kom det frem rundt tyve relevante treff. Etter nøye vurdering og gjennomlesning, ble kun de tre artiklene som er benyttet i denne oppgaven ansett som relevant nok opp mot problemstillingen.

2.4 Begrunnelse for valg av forskning

De to kvalitative artiklene som er benyttet bygger på en forskningsmetode som er egnet for å skape kunnskap om et lite studert fenomen (Dalland, 2012, s. 140). Pasientgruppen artiklene tar for seg er relevant for denne oppgaven. Den tredje artikkelen som er benyttet for å belyse problemstillingen er en systematisk oversiktsartikkel. Denne gir en bredere oversikt over forskning som angår problemet (Dalland, 2012, s. 79).

Studiene som er benyttet er relativt ny forskning, og blir brukt fordi dette viser ett tilnærmet riktig bilde av hvordan situasjonen er i dag. I søkeprosessen er det valgt ut to forskjellige typer forskning for å få en god oversikt over fenomenet selvskading.

2.5 Etiske betraktninger

Etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. En forsker må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer deres arbeid medfører og hvordan de kan håndteres. Det er vesentlig at personopplysninger behandles etter bestemte krav fra samfunnet. Ved eventuelle eksempler fra virkeligheten, skal man ivareta personvernet for å unngå at pasienter blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2012, s 95-97).

Ved forskning som er benyttet i denne oppgaven, er deltagerne anonymisert og samtlige har hatt mulighet til å trekke seg underveis. Alle studiene antas å være godkjent av etisk komité i de representative landene. Forskningen er publisert i godkjente databaser, hvor det stilles krav til riktig etisk gjennomføring av intervjuene.

3.0 Teori

Teori som fremstilles under dette punktet er valgt for å få ett innblikk i ulike aspekter ved problemstillingen og er derfor med på å legge grunnlaget for videre diskusjon. Teoriene er kortet ned. Kun teori som er vesentlig for denne oppgaven blir presentert før videre drøfting.

3.1 Selvskading

Fenomenet selvskading har en plass i det internasjonale diagnosesystemet. I ICD-10 finner man selvskading innenfor personlighetsforstyrrelsesdiagnosene, som ett av flere kriterier for diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Moe & Ribe, 2007, s. 153). Øverland (2006, s. 14) skriver at selvskading hos voksne er forbundet med borderline personlighetsforstyrrelse, som er en lidelse med negative assosiasjoner. Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 229) påstår at mange selvskadere ikke har en sikker psykisk diagnose.

Ved selvskading ønsker man å skade kroppen uten å ta livet sitt. Det kan være vanskelig å skille om personen kun ønsker å skade seg eller ønsker døden som utfall. Personer som selvskader er ofte yngre og kvinner. Man skiller mellom påført ytre skade og inntak av medikamenter, eller skadelige gjenstander. Ved ytre skade står kutting for nesten 70 prosent. Kloring, slag og å brenne seg er også vanlige metoder. Armer, hender, håndledd, hofter og mage er ofte utsatte områder (Aarre & Bugge & Juklestad, 2012, s. 227-230).

Øverland (2006, s. 38) skriver at forskning fra ulike deler av verden er enig om at kvinner driver mest selvskading. En årsak til dette kan være at kvinner er oppdratt til å undertrykke aggresjon ovenfor andre, og retter dermed dette innover mot seg selv. En annen forklaring kan være at selvskadning ofte har en sterk sammenheng med overgrep mot kvinner. Det må også bemerkes at menn ikke er oppdratt til å innrømme eller søke hjelp for sine problemer (Øverland, 2006, s. 38).

3.1.2 Årsaker til selvskading

Det er en utbredt myte at psykiske lidelser og symptomer skyldes enkeltstående traumer eller årsaker. To personer som er utsatt for samme opplevelse vil nødvendigvis ikke reagere på

samme måte eller få samme diagnose. Ut i fra dette vil det være rimelig å påstå at det ikke er mulig å finne klare årsaker til hvorfor noen med vilje skader seg. Det er ofte flere grunner som varierer fra person til person (Øverland, 2006, s. 51).

Øverland (2006, s. 61-77) nevner derimot noen årsaker til selvskading. Han skriver at selvskading gir kontroll, det utføres for å straffe seg selv og det gir rennselse. Han påstår også at selvskading gjør uvirkeligheten virkelig, virkeligheten uvirkelig og at det er en form for å få ut sitt sinne. Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 230) skriver at de vanligste årsakene til selvskading er å lette på intense vanskelige følelser. Andre grunner er ønske om å skade seg for å uttrykke raseri eller avsky mot seg selv. Det kan være ett bevisst eller ubevisst ønske om oppmerksomhet eller hjelp (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012, s. 230). Øverland (2006, s. 39) refererer til Favazza (1996) og skriver at ”*det er utviklet flere modeller for å forklare selvskadningens dempende effekt på sterk psykisk smerte*”.

3.2 Bedring

Helbredelse konsentrerer seg om symptomer. Rehabilitering retter seg til ulike utilstrekkelige funksjoner. Bedringsprosess handler derimot om å se hele individet i en sammenheng.

Bedring handler for mange mennesker om å finne seg selv (Topor, 2006, 18-21).

Bedringsprosessen er derfor en menneskelig prosess (Borge & Topor, 2007, s. 16). Det handler ikke kun om at pasienten evner å få til ting. Individet må i en bedringsprosess akseptere at hun har rett til å ha det bra. Bedring kan derfor sees på som en utviklingsprosess. Det handler ikke om å stille klokken tilbake til tiden før problemene startet, men ta med seg erfaringene fra da livet var tungt videre inn i fremtiden. Man skiller ofte mellom totalbedring og sosialbedring (Topor, 2006, 18-21).

Begrepet bedring skiller seg fra både helbredelse og rehabilitering på tre måter:

1. *Individets (egen)innsats*: Bedring er alltid følgen av et arbeid individet gjør selv, ofte med hjelp fra andre. Bedring innebærer derfor at man som helsepersonell erkjenner brukerens avgjørende og aktive medvirkning.
2. *Hele mennesket*: Helbredelse retter seg mot symptomer. Rehabilitering konsentrerer seg om ulike utilstrekkelige funksjoner. Bedringsprosessen handler om å se hele

individet i sammenheng. Ved bedring må individet finne seg selv. Bedring handler om symptomer, men man behøver ikke være symptomfri for å befinne seg i en bedringsprosess. Individene som for eksempel har blitt bedre kan fortsatt skade seg, men ikke så intens og ofte at det innskrenker deres liv betraktelig.

3. *Makt*: Bedring innebærer at individet har makt over sitt eget liv med tanke på hvordan hun vil leve, og hvordan hun utformer livet slik hun ønsker. Makten over symptomene må erobres. Dette i forhold til behandlingsmetodene, psykiatriens og sosialtjenestens personale og pårørende. Disse personene kan fortsatt være tilstede i individets liv, men rollen blir avgrenset. Å ha makt betyr å kunne påvirke måten livet arter seg. Dette ved å kunne ta egne beslutninger rundt for eksempel medisiner og innholdet i behandling (Topor, 2006, s. 18-19).

3.2.1 Sympati, empati og personkjemi

Sosialt samspill kan være til nytte i en bedringsprosess. Pasienten ønsker å føle seg respektert, sett og hørt. Ord har ofte en underordnet betydning, det er handling som har en dominerende rolle. Helsepersonell må kunne by på seg selv og stille sine ressurser til disposisjon. Pasienter som har fått praktisk hjelp samt emosjonell og sosial støtte fra sine pårørende, mener dette har fremskyndet bedring (Topor, 2006, s. 107-111).

3.2.2 En genuin nysgjerrighet

Bedring er oftest tilstedeværende hos pasienter som føler at helsepersonell er genuint interessert i å høre deres livshistorie. Dette kan vises ved å avbryte pasienten mens hun prater, for å be henne om å utdype eller for å stille motspørsmål. Det handler ikke om å gjøre mer for pasienten enn hva som forventes av en, men å gripe muligheten til å hjelpe når den oppstår. Dette kan ha en positiv effekt på bedringsprosessen. For en pasient i denne livssituasjonen er det viktig å få fortelle sin historie, sette ord på tankene, samt å få bekreftelse på sine erfaringer (Topor, 2006, s. 113-114).

3.2.3 Gjensidighet

Et aspekt ved de relasjoner som sies å hjelpe kan kalles *gjensidighet* mellom pasient og helsepersonell. Gjensidighet utvikles gjennom å betone likheter. Dette går ut på at den profesjonelle tar opp likheter dem i mellom i stede for kun å fokusere på problemene til den syke. I hjelpende relasjoner synes det også å være viktig at pasienter får gi noe tilbake til personell som over tid har stilt opp for dem (Topor, 2006, s. 133-134).

3.2.4 Bygge relasjon

For å hjelpe ett annet menneske kreves det relasjon mellom den som skal gi hjelp og den som skal motta hjelp. Denne relasjonen er særs vanskelig å skape med en pasient som gjentatte ganger har drevet selvskadning. Grunnet ulikheten mellom pasient og behandler må ett unikt forhold skapes. Dette krever enorm respekt fra helsepersonellens side (Øverland, 2006, s. 103-104).

Det tar tid å skape tillit og danne langvarige relasjoner. Vanskeligheter som oppstår i relasjoner kan gå over og ryddes opp i. Stabilitet, forutsigbarhet og genuin interesse er essensielt for at relasjonen skal oppstå og vedvare (Moe & Ribe, 2007, s. 141-142).

3.3 Joyce Travelbee om menneske-til-menneskeforhold:

Travelbees menneske-til-menneske-forhold er i sykepleie en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av den som er syk og sykepleieren. Det som kjennetegner dette forholdet er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Sykepleieren må besitte og anvende nødvendig kunnskap, og ha evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41). Travelbee (1999, s. 41) skriver at ”*et menneske-til-menneske-forhold blir av den profesjonelle sykepleien målbevisst etablert og opprettholdt*”. Travelbee (1999, s. 37) mener en sykepleiers rolle ikke bare er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, men også å finne mening i disse erfaringene.

Travelbee (1999, s. 35-36) skriver at sykepleieren bistår syke mennesker ved å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Dette gjøres ved å etablere en tilknytning til den

syke der man formidler at pasienten blir forstått og ikke er alene. Hun skriver videre at sykepleieren ved hjelp av sine handlinger viser at hun ønsker å bistå den syke. Ikke fordi pasienten er syk og har behov for pleie, men fordi hun er den hun er og ingen annen. Sykepleieren må sette seg inn i hvordan pasienten opplever akkurat sin sykdom.

”Menneske-til-mennekse-forholdet er en gjensidig prosess” (Travelbee, 1999, s. 178).

Pasienten oppfattes og behandles som et unikt menneskelig individ. Sykepleieren blir også oppfattet som unik. Sammen danner de relasjoner som kun de to individene kan. Sykepleieren må være ydmyk og forstå at samvær med den syke er anledning til læring (Travelbee, 1999, s. 178).

Med relasjon i bunn kan sykepleieren forstå den andres plager gjennom sympati og medfølelse. Måten å tenke og føle på er karakterisert ved en dyp personlig omhu og interesse. Ved å kommunisere på denne måten viser hun at pasienten betyr noe for henne og at hun gjerne vil hjelpe. Kommunikasjonen kan finne sted verbalt og non-verbalt. Sykepleieren går inn og deler pasientens plager og dermed avlaster hun for byrden med å måtte bære alt alene. Dette vil si at den andres plager angår sykepleieren og at hun gjør noe for å lindre dem (Travelbee, 1999, s. 200-201).

4.0 Resultat fra forskning

4.1 Artikkel 1

Tatiana L. Taylor, Keith Hawton, Sarah Fortune & Navneet Kapur (2009):

Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review BJP 2009, 194:104-110.

Denne systematiske oversiktsartikkelen har som formål at den systematisk skal gjennomgå relevant forskning om pasienters holdninger til klinisk tjeneste etter selvskadingsepisoder. Dette for å kunne bedre tjenesten for selvskadere. Metoden som er benyttet er søk i elektroniske databaser (EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, Amed, British Nursing Index, CINAHL, Global Health, HMIC, International Bibliography of Social Sciences, Sociofile og Sigle) etter kvalitative og kvantitative studier gjort på verdensbasis. 31 artikler besto inklusjonskriteriene. Dataen er utvunnet av to individuelle anmeldere, noe som fører til økt kvalitet og relevans for studiet. Deltakeres erfaringer var forbausende like.

Artikkelen tar for seg fem sentrale punkter pasientene mener kan bedre tjenesten.

1. Økt og forbedret kommunikasjon mellom ansatte og de som skader seg.
2. Økt kunnskap om selvskading og økt kunnskap om hvordan håndtere pasienter etter en selvskadingsepisode.
3. Bedre tilgang til lokale tjenester og ettervern.
4. Økt sympati til selvskadere.
5. Utdeling av bedre informasjon om selvskading til pasienter, pårørende og allmennheten.

På bakgrunn av funn i denne oversiktartikkelen har forskerne kommet frem til forslag på endringer i praksis. Dette for å forbedre tjenesten slik at pasienter skal ha best mulig utbytte av behandlingen. Noe av dette vil bli belyst i drøftingsdelen.

4.2 Artikkel 2

Jan Hammer, Katrine Wilhelmsen, Monica Strand & Gry Bruland Vråle (2013)

Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern, nr 1, 2013; 8: 46-5 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0010

Denne kvalitative forskningsartikkelen har som formål å utforske hvordan kvinner som har egenerfaring med selvskading opplever bedringsprosessen ved døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk design. Det er gjennomført intervjuer og e-postutveksling med fem strategisk utvalgte kvinner i alderen 23-38 år.

I følge funn i forskningsprosessen har forfatterne kommet frem til at bedringsprosessen er knyttet til betydningen av felleskap, likeverd og det å ta ansvar. Flere av kvinnene opplevde innleggelse som en mestringsstrategi. Mulighet for tilbaketrekning er også et viktig moment for bedringsprosessen. Det kommer også frem at akuttpost ved en institusjon oppleves som en god treningsarena med et fysisk og sosialt miljø som kan bidra til bedring. Pasientene mente også at tilgjengelig helsepersonell ble ansett som vesentlig for å kunne oppnå bedring ved innleggelse. Helsepersonell hadde i denne sammenheng betydning både for at pasient skulle føle seg verdsatt og bli utfordret til ansvarliggjøring.

Forfatterne konkluderer med at tilgjengelig helsepersonell som anerkjenner pasientens autonomi og medbestemmelse som et grunnlag for samhandling er avgjørende, for at innleggelse skal fremme bedring. Dette innebærer også at helsepersonell som arbeider med denne type pasienter må tåle utryggheten som ligger i det å gi noe av kontrollen over til pasienten.

4.3 Artikkel 3

Megan Hume & Stephen Platt (2007)

Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views, BMC Public Health. 2007; 7: 9.doi: 10.1186/1471-2458-7-9

Denne kvalitative studien har som formål å undersøke hvilke oppfatning pasienter som har egenerfaring med selvskading, har til tiltak som kan være til hjelp mot deres selvskadingstrang. Inn under dette kommer både forebygging og behandling av selvskading. Artikkelen ser også på om behandling bør rettes mot bakenforliggende årsaker til selvskadning for at en pasient skal kunne oppnå bedring.

Artikkelen bygger på et semi-strukturert intervju som ble gjennomført ansikt til ansikt med 6 kvinner og 8 menn i alderen 20-49 år innlagt ved institusjon, innen 48 timer etter sist selvskadingsepisode. Det ble stilt noen hovedspørsmål og gitt anledning for utdyping. På slutten av hvert intervju ble det også gitt anledning for at pasientene kunne tilføre annen informasjon. Pasienter som av forskjellige årsaker ikke kunne svare for seg, ble ekskludert fra studien. Tretten av de fjorten pasientene som var med i studien hadde enten en psykisk diagnose, var avhengig av alkohol, hadde vært utsatt for traumatiske hendelser eller hadde kroniske problemer i livet.

Studiet konkluderer med at det er viktig å vite noe om bakenforliggende årsaker når man skal behandle en pasient som med vilje skader seg. Det er viktig at man ser pasientens individuelle situasjon og kjenner deres livshistorie. Først da kan man få rede på hvorfor en pasient skader seg og iverksette tiltak ut fra dette. Når det kommer til tiltak som kan føre til bedring, har pasientgruppen ulike meninger om hva som fungerer hensiktsmessig.

5.0 Drøfting

Denne oppgaven sier innledningsvis at det er nødvendig med større fokus på hva som kan gjøres for at en person som med vilje skader seg skal oppnå bedring. Mens pasienten er innlagt i døgnpost har jeg erfart at det er sykepleier og annet helsepersonell sin oppgave å bistå pasienten i denne prosessen. Topor (2006, s. 18-21) skriver at man må se hele individet for å kunne delta i deres bedringsprosess. Han skriver videre at en person ikke kan *bedres*. Man bør derfor som helsepersonell erkjenne pasientenes avgjørende og aktive medvirkning. Med bakgrunn i dette er de fleste tiltak som drøftes i denne oppgaven utsagn pasienter selv påstår kan føre til bedring.

5.1 Innleggelse i døgnpost

Travelbees (1999, s. 41) skriver at menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk. Forholdet kan enklest bygges ved at sykepleieren og pasienten ser hverandre og blir trygg på hverandre. Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle (2013, s. 48-49) skriver at deltagere i deres studie satte pris på innleggelse ved institusjon fordi de der fikk menneskelig kontakt. Samværet ga en opplevelse av å bli verdsatt ved at noen ønsket å bruke tid sammen med dem. Samhandling med helsepersonell ga læringsmuligheter ved tilbakemeldinger og utfordringer. Forslag fra helsepersonell om mestringsstrategier motiverte til utprøving. Ved hjelp av forsiktig ”pushing” klarte pasienter å forsøke nye tiltak for å oppnå bedring. Tilbakemeldinger fra helsepersonell bidro til oppmerksomhet på endring og bedring som hadde funnet sted over tid. Dette ga pasienter motivasjon til å fortsette arbeidet med sin bedringsprosess.

Hume & Platt (2007, s. 12) skriver på den andre siden at mange pasienter som driver selvskading føler det ukomfortabelt og gjentatte ganger bli lagt inn på samme institusjon og møte de samme ansatte. Pasienter mente situasjonen var skremmende. De kunne også fortelle at de følte andre pasienter der var mer syk enn dem selv. Dette ga dem som drev med selvskading dårlig samvittighet over å oppta ”de mer sykes” plass ved institusjonen. De fleste som var med i undersøkelsen mente allikevel at det var godt å bli lagt inn fordi dette var en mulighet for å komme seg bort fra ”alt”.

I praksis har jeg erfart det samme som forskning viser til. Noen selvskadere ønsker å arbeide med seg selv mens de er innlagt. Andre pasienter skjønner ikke hvorfor det er nødvendig med en innleggelse. Slik jeg ser det, bør innleggelse kun være til stede om pasienten har som mål å jobbe med seg selv og egen bedringsprosess. Om man blir lagt inn kun for å få ett opphold fra sitt dagligdagse liv, vil dette på sikt kunne føre til gjentatte innleggelser uten bedring. Jeg mener det da vil være mer riktig å opprette kontaktpersoner i lokalsamfunnet som pasienten kan bygge relasjoner med og søke hjelp hos i tunge stunder. Topor (2006, s. 178) skriver at det kan påvirke pasientens bedringsprosess positivt å ha en tilgjengelig kontaktperson.

Forskning viser imidlertid at det kan oppstå problemer for en pasient på post der korte innleggelser er hovedmålet. Det å fungere godt i en trygg døgnpost kan være vanskelig å overføre til en utrygg hjemmesituasjon. Tryggheten på post kan også skape et problemforsterkende avhengighetsforhold, oftere reinnleggelser og vanskeliggjøre utskrivning (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 50). Det syns derfor å være uenighet i hvordan innleggelse påvirker bedringsprosessen.

Jeg har erfart at innlagte pasienter ofte kuttet seg like mye i døgnpost som ellers. Grunner for dette kan være at de ikke er redd for å blø i hjel og at de kan rope på hjelp om de vil. Andre årsaker kan være at samtale med helsepersonell kan trigge kaos og følelser som ellers er gjemt bort (Moe & Ribe, 2007, s. 125-126). Moe & Ribe (2007, s. 126) skriver videre at rett etter kutting ligger ofte årsakene for selvskadingsepisoden friskt i minne. Pasienten er ofte da så forkommen at hun forteller om problemer som ellers kan være vanskelig å prate om.

5.2 Et menneske-til-menneske-forhold

”Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester” (Travelbee, 1999, s. 41). Påvirker ett slikt forhold bedringsprosessen til en som skader seg selv?

Det viktigste kjennetegnet ved ett slikt forhold er at sykepleieren og den syke forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. For at forholdet skal oppstå, kreves det derfor at relasjoner bygges og at fasaden mellom ”sykepleier” og ”pasient” legges bort. Sykepleieren må bevisst gå inn for å lære den syke å kjenne. Hun må også finne fram til og ivareta

pasientens behov (Travelbee, 1999, s. 171). For at helsepersonell skal mestre dette bør de være empatisk, ha gode fagkunnskaper og være målorientert. Først da kan man lytte og forstå den sykes følelser og reaksjoner. Med denne kunnskapen kan man videre analysere situasjonen, formidle forståelse og gjennomføre de nødvendige tiltak som ivaretar pasientens behov (Eide & Eide, 2005, s. 50-51). Forskning viser at pasienter etterspør kunnskapsrikt helsepersonell som en brikke i deres bedringsprosess (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s.107).

Forskning viser at pasienter ønsker å bli forstått og akseptert som det unike individet de er. De ønsker å bli behandlet med respekt. Dette fører til samhandling, som igjen kan føre til bedring (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s.107). Forskning viser også at bedringsprosessen uteblir ved innleggelser der dette forholdet ikke er tilstedeværende. Pasienter kan da føle seg sett ned på og bli sittende med enda en skyldfølelse. Pasienter beskriver også ukomfortabelhet av gjentatte ganger komme til samme sykehus og møte det samme personalet. Dette kan være grunnlag for nye selvskadningsepisoder (Hum & Platt, 2007, s. 12).

Øverland (2006, s. 130) skriver at spørreundersøkelser viser til at man i utgangspunktet er skeptisk til å stole på mennesker man ikke kjenner. Flere selvskadere synes det er vanskelig å bygge et menneske-til-menneske-forhold og dermed relasjoner til andre personer. En av årsakene for dette kan være at de før har blitt lovet hjelp uten å ha fått det. Pasienter liker at helsepersonell under relasjonsbygging er privat. De setter pris på bruk av personlig historie. Informasjon kun om helsepersonellens faglige kvalifikasjoner kan virke mot sin hensikt. Pasienten kan da oppfatte hjelperen som kald og upersonlig (Øverland, 2006, s. 132). Forskning viser viktigheten av å bygge gode relasjoner med pasienten. Dette påvirker hvordan de oppfatter kvaliteten på omsorgen som blir gitt, som igjen påvirker deres bedring (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 109). Borg & Topor (2007, s. 46) skriver at helsepersonell bør vise oppriktig nysgjerrighet i møte med det enkelte individ. Dette opp mot hva pasientens vansker består av og hva vanskelighetene betyr for deres liv.

Gjensidighet mellom helsepersonellet og pasienten synes også å kunne påvirke bedringsprosessen. Personalets emosjonelle engasjement fører til at den syke blir sett på som ett sammensatt individ og ikke kun en pasient. Med dette som grunnlag kan relasjoner med gjensidighet utvikles. Begge får da noe ut av møtene (Borg & Topor, 2007, s. 61). Borg & Topor (2007, s. 65) skriver at måten personalet håndterer sin egen tilkortkomning er av

spesielt betydning for pasientens bedringsprosess. Pasienter synes det kan være vanskelig at helsepersonellet er fremgangsrike, normale og lykkelig, mens de selv på den andre siden er avvikende, mislykkede og uten evne til å mestre.

Det kan ta tid å hjelpe en som skader seg. I samtale med en selvskader er det derfor viktig å sette av nok tid. Mange selvskadere bruker tid på å åpne seg. Ikke av dårlig samarbeidsevne, men ofte på grunn av alt kaoset av sinne, redsel og tristhet (Moe & Ribe, 2007, s. 131). Topor (2006, s. 122) skriver *"nuet blir snart forgangen tid, og en fremtid trer inn"*. Det er viktig at den syke forstår at dette er en fremtid som kan påvirkes. Det virker positivt på bedringsprosessen at pasienter blir ivaretatt av helsepersonell som tar seg tid til dem (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 49). Iblant dukker behov opp som ikke kan utsettes. Innimellom er vanskene så store at tildelt tid ikke strekker til. Andre ganger er det rikelig med tid, noe pasienten heller ikke er tjent med. Balansegangen er hårfin (Borg & Topor, 2007, s. 101). Ordet tid kan innebære uro for pasienten. Vil hun tilbys hjelp også i fremtiden?

Jeg har erfart hvor viktig det er at helsepersonell makter å stå i vanskelige situasjoner over tid. Selv om man blir avvist av pasienten, kan man ikke gi opp. Man bør forsøke andre løsninger eller andre måter å tilnærme seg den syke. Blir man avvist, kan man trekke seg ut fra rommet og prøve igjen senere. Slik jeg tolker teori og forskning er det viktig for bedringsprosessen at helsepersonell praktiserer dette fordi det tar tid å bygge relasjon. På sikt kan dette påvirke bedringsprosessen hos en selvskader i positiv retning.

5.3 Brukermedvirkning

Medbestemmelse i behandlingen ved innleggelse i døgnpast bidrar til en opplevelse av anerkjennelse. Det fører til at pasienten opplever økt kontroll, ansvar, håp og optimisme for fremtiden (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 50). Pasientens kunnskap om egen bedring gir viktig informasjon om hvordan hjelp bør organiseres og hvordan virksomheter bør drives for å fremme bedring (Topor, 2006, s. 180). Topor (2006, s. 18) skriver at bedring alltid er en følge av ett arbeid en person gjør selv. Individets egeninnsats er derfor viktig, men det trengs også oftest hjelp fra utenforstående. Åkerman (2010, s. 182) mener det er viktig å involvere selvskaderen i beslutninger som tas rundt hennes liv i så stor grad som mulig. Dette motiverer pasienten til å være aktiv i sin bedringsprosess. Pasienten bør selv få makt til å

komme med egne løsningsforslag, og så langt som mulig bør hennes synspunkter aksepteres. Forskning viser også at det å være aktiv og ta ansvar for sin behandling er positivt for bedringsprosessen (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 49 & Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 109).

Det kan være vanskelig å få en person som driver selvskading til å åpne seg. Det kreves forståelse og respekt fra behandlers side (Øverland, 2006, s. 103-104). Er det for eksempel slik at pasienten bør få beholde gjenstander hun kan skade seg med mens hun er innlagt, fordi hun mener det kan fremme hennes bedringsprosess? Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle (2013, s. 49) sin forskning viser til at noen pasienter minsker stress ved å ha redskaper tilgjengelig. På den andre siden skriver de videre at pasienter erfarer at de først våger å ta i bruk andre mestringsstrategier i sin bedringsprosess om redskapene deres er inndratt.

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3.1 (1999) kan man blant annet tolke at pasienten har rett til å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Paragrafen sier også at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder. Er det forsvarlig å la en pasient beholde redskaper som kan brukes til selvskading? Molven (2012, s. 169) skriver at selvbestemmelsesretten kommer til syne ved at helsepersonell foreslår og eventuelt anbefaler helsehjelp. Ut fra hva som er faglig forsvarlig og anbefalt, kan pasienten i følge selvbestemmelsesretten selv ta stilling til om dette er noe hun ønsker å gjennomføre.

Jeg har erfart at pasienter som ønsker å skade seg alltid finner noe å skade seg med. De kan for eksempel knuse ett glass som kan benyttes som redskap. Jeg mener en god måte å tilnærme seg pasienten på er ved å stille åpne spørsmål rundt selvskadingstrangen og spørre pasienten ved innleggelse om hun ønsker å gi fra seg noe. Dette kan være en måte å vise respekt for den syke ved å ivareta hennes brukermedvirkning. Slik jeg ser det, må det så klart også tas høyde for sikkerhet. Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle (2013, s. 50) skriver at å anse sikkerhet som en prioritet og å unngå at pasienter skader seg blir beskrevet som vanlig praksis.

5.4 Sympatisk helsepersonell

Er et sympatisk helsepersonell vesentlig for at en selvskader skal oppnå bedring? Ingen vil betro seg til et menneske som er usympatisk (Øverland, 2006, s. 125). Øverland (2006, s. 202)

skriver at bruk av tvang ved institusjon kan påvirke pasientens holdninger til samarbeid og til en eventuell senere nødvendig innleggelse. For at dette ikke skal skje kreves det en del fra institusjonspersonellet. De må skape tillit, behandlingsrelasjon og terapeutisk smidighet (Øverland, 2006, s. 203).

Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle (2013, s. 50) hevder at en trygg relasjon er grunnmuren i bedring ved innleggelse. Forskning viser at sympatisk helsepersonell er med å påvirke til at selvskadere kan oppnå bedring. Pasienter ønsker ikke alltid forståelse for sine handlinger, men bli lyttet til uten å bli dømt. De ønsker at helsepersonell viser bekymring og støtte (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 108).

For å få til dette på en tilfredsstillende måte i praksis kan man for eksempel benytte seg av miljøterapi som er en tilpasning av Gundersens sykepleieprinsipper. Det vesentlige her er hvordan miljøpersonal skal forholde seg til en selvskadingssituasjon. Viktige stikkord for å hjelpe pasienten til å føle bedring etter en selvskadingsepisode, er forsiktig utspørring, respekt, akseptering, anerkjennelse, bekymring, forståelse og håp (Øverland, 2006, s. 210). Øverland (2006, s. 210) skriver også at det er særs viktig ikke å haste videre, men å beholde roen slik at pasienten føler seg sett.

Hva da med de som skader seg for å få oppmerksomhet, bør helsepersonell vise dem sympati? Slik jeg har forstått litteratur hentet blant annet fra Øverland (2006), Topor (2006), Moe & Ribe (2007) og Åkerman (2010, s. 42) er det de færreste som skader seg kun for å oppnå oppmerksomhet. På den andre siden skriver Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 230) at selvskading kan være ett bevisst eller ubevisst ønske om oppmerksomhet eller hjelp. Åkerman (2006, s. 170-171) fremstiller en god måte å opptre ovenfor en selvskader. Hun skriver at man ikke skal gi en selvskader ekstra positiv oppmerksomhet. Man skal heller ikke opptre ekstra negativt. Det helsepersonellet bør gjøre er å reagere vennlig men bestemt og oppmuntre til andre løsninger. Om helsepersonellet virker kald og uengasjert vil dette påvirke en selvskaders bedringsprosess negativt. Forskning viser at ignorering fra helsepersonellet kan foreverre pasientens symptomer (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 51). Medmenneskelighet bør ikke bare komme frem når en person skader seg. Den trengs også i det en pasient gir uttrykk for sine følelser ved hjelp av ord. Det er jo først da pasienten tør å be om hjelp og legge selvskadingen bak seg (Åkerman, 2007, s. 174).

Travelbee (1999, s. 178) skriver at menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess. Relasjoner tar tid å bygge opp. For at helsepersonell skal kunne vise sympati og være til hjelp i bedringsprosessen til en pasient, må dette forholdet være tilstede. Forskning viser at helsepersonell som tar initiativ og har en aktiv rolle, hjelper pasienten med å bryte ut av isolasjon. Dette kan redusere tiden de bruker på krisetilstander og negativ atferd, og føre til bedring (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 49). Det er samtidig viktig å ha i tankene at man som helsepersonell ikke må ta fra pasienten alt ansvar. *”Målet er ikke å beskytte henne fra verden, men å lære henne å leve i den”* (Åkerman, 2007, s. 180).

Som nevnt tidligere i oppgaven, er hvert individ unikt. Slik jeg ser det, er det derfor viktig å bli så godt kjent med pasienten at man forstår hvordan man bør tilnærme seg den enkelte for at hun skal oppnå bedring. Primærkontakt bør gjerne velges med bakgrunn i både relasjoner og kjemi mellom helsepersonell og pasient, og ikke ut i fra hvem som har ansvar for minst pasienter på tidspunktet ved innleggelse. Jeg har erfart i praksis at det sistnevnte ofte skjer. Slik jeg ser det, er dette særs viktig når det gjelder pasienter som har flere innleggelser bak seg. Dette fordi det å måtte bygge relasjoner med nytt helsepersonell ved hver innleggelse kan være en unødvendig belastning for pasienten.

5.5 Behandling av bakenforliggende faktorer

Som nevnt tidligere er det mange årsaker for at mennesker med vilje skader seg. Åkerman (2010, s. 34-38) og Øverland (2006, s. 63-77) legger vekt på årsaker som å få kontroll, for å straffe seg selv, for å kjenne at man lever og for å få ut aggresjon. Pasienten kan komme inn i en ond sirkel som kan være vanskelig å bryte ut av. Mange som driver selvskading har også en psykisk lidelse. Selvskading er ofte forbundet med personlighetsforstyrrelser, depresjon, angstlidelser og spiseforstyrrelser (Åkerman, 2010, s. 43-51). Forskning viser at selvskading også ofte er knyttet opp mot familiekrise, opplevelse av å bli misbrukt, alkoholisme, depresjon og rusmisbruk. Ofte i en kombinasjon (Hume & Platt, 2007, s. 6). Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 231) skriver at slike lidelser alltid skal diagnostiseres og behandles. Lidelsene nevnt over kan man få bukt med for eksempel ved hjelp av medisiner, miljøterapi, adferdsterapi og ved å oppsøke mennesker eller steder som kan gi støtte (Topor, 2006, Øverland, 2006 & Åkerman, 2010).

Jeg har erfart fra praksis at pasienter som deltar aktivt med sin medisinerings oppnår bedre resultater enn andre. Det å ha makt til å påvirke egen behandling er viktig for bedringsprosessen (Topor, 2006, s. 18-19). Av erfaring kan jeg også se at relasjoner, kommunikasjon og tillit er viktig for å kunne nå inn til en selvskader. Mange av lidelsene som kan være bakenforliggende årsaker til selvskading, er lidelser det kan være vanskelig og pinlig for pasienten å prate om. Om man hjelper selvskadere i å flytte fokus fra ”sår til følelser”, vil det da gi bedring i form av færre selvskadingsepisoder? Moe & Ribe (2007, s.113) skriver at følelser ikke er fysisk farlig, men de kan være fryktelig ubehagelig.

Forskning viser at mange pasienter som skader seg selv gjør dette påvirket av alkohol. Pasienter påstår at om de hadde fått bukt med sitt alkoholproblem, kunne dette vært med på å redusere selvskadingsepisodene (Hume & Platt, 2007, s. 8).

Jeg erfarte i praksis at miljøet ved en institusjon er en viktig arena å delta i for selvskadere. Her opplever de å være en del av fellesskapet, ett samhold der de føler seg unik og sett. Mange opplever livet på en ny måte. De klarer sammen med helsepersonell og andre pasienter å bearbeide vansker som ofte ligger bak selvskadingstrangen. Forskning viser også at betydning av fellesskap og samhandling påvirker bedringsprosessen positivt (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 48 & Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 109). På den andre siden er det viktig å la pasienten få lov til å trekke seg tilbake på rommet. Tilbaketrekingen kan gi mulighet til indre prosesser som kan hjelpe personen til å orientere seg, noe som ansees å være grunnleggende for en pasients vekst og bedring. For at den syke skal løse bakenforliggende årsaker er det viktig å ha fokus på både helsefremmende og problemforsterkende handlinger (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 50).

5.6 Å bli kjent med seg selv

Bedring er alltid en følge av ett arbeid en person gjør selv (Topor, 2006, s. 18). Det er derfor vesentlig at man kjenner seg selv for å kunne oppnå bedring. Vår følelse av hvem vi er kan forklares som selvfølelse. Dette handler om hvor godt man kjenner seg selv og hvordan man forholder seg til dette. For at en pasient skal kunne oppnå bedring bør hun tilstrebe en sunn selvfølelse. Her mestrer den syke å være selvsikker og trygg på seg selv. Pasienten må

erkjenne sine styrker og svakheter (Renolen, 2008, s. 120). Resultatet av dette er selvtillitt. Forskning viser at bedring kan forstås som en prosess hvor pasienten blant annet gjenoppdager og bygger en varig følelse av selvtillit som aktiv og ansvarlig agent (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 47).

Travelbee (1999, s. 57) skriver at hvert menneske er unikt. Dette kommer ikke bare av arv og miljø. Spesielle livserfaringer som individet gjør, samt forståelser av og reaksjoner på disse erfaringene har stor innvirkning. Dette er viktig å ha i tankene fordi som nevnt tidligere i oppgaven, blir selvskading ofte bedrevet for å dekke over annen fysisk og psykisk smerte (Aarre & Bugge & Juklestad, 2012, s. 230).

Jeg erfarte i praksis at mange som skader seg, gjør dette av årsaker som de ikke har fortalt noen om før. De forsøker å skyve bort vonde tanker. Resultatet av at de ikke klarer å få bukt på tankene er selvskading. Det er også slik at mange ikke forstår hva som skjer med dem og hvorfor de skader seg. Taylor, Hawton, Fortune & Kapur (2009, s. 108) skriver at innleggelse ved institusjon kan hjelpe pasienten med å bli kjent med seg selv. Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle (2013, s. 49) påstår at deltakere opplever at samhandling med helsepersonell gir læringsmuligheter ved tilbakemeldinger og utfordringer i vanskelige situasjoner. Pasienter hevder at dette er med på å fremme bedring.

Topor (2006, s. 61) skriver at selvskading synes å skje grovt sett i to sammenhenger. Den ene typen skjer som en slags renselse før individet skal legge seg for natten. Den andre typen skjer som en impulsiv reaksjon på en opplevd hendelse eller en retraumatisering i løpet av dagen. Det er også vanlig at en selvskader lider av begge typer. Om pasienten klarer å forstå hva som trigger selvskading, er det enklere å iverksette tiltak som fører til bedring i form av mindre selvskading. Topor (2006, s. 62) skriver videre at selvskading med for eksempel barberblad ofte finner sted mens man dusjer. Da blir man ikke stimulert av utenforstående faktorer og vonde tanker kan vandre fritt. Kan et preventivt tiltak være å fjerne barberhøvlene fra dusjen? Åkerman (2006, s. 149) mener det er viktig å kvitte seg med redskaper, da det er lett å gripe etter dem om de er tilgjengelig.

Ved å bli kjent med seg selv kan man bli bevisst på hva som trigger selvskading. Det finnes flere teknikker en selvskader selv kan benytte seg av i behandling for å oppnå bedring (Topor, 2006, s.141-182). Åkerman (2010, s. 148) beskriver en god teknikk for å unngå selvskading.

Man må da ha mestret å identifisere situasjoner der man skader seg. Man må så forsøke å unngå situasjonene. Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 232) skriver at grundig kartlegging av selvskading og hvordan dette påvirker pasientens liv, kan være til videre hjelp i bedringsprosessen.

Slik jeg ser det, kan institusjoner bli enda bedre på å tilrettelegge hverdagslige utfordringer til denne pasientgruppen. Som nevnt tidligere i oppgaven, er det ikke alle selvskadere som har en psykisk diagnose. Det forekommer at pasienter som driver selvskading havner i bakgrunn av andre innlagte pasienter som tilsynelatende trenger mer støtte. Jeg mener det er viktig at en selvskader blir utfordret. Dette kan gi henne erfaring med å mestre. Dette kan igjen føre til at hun både får selvtilitt og lærer seg selv bedre å kjenne.

5.7 Informasjon til selvskadere

Forskning viser at selvskadere mener de får for lite informasjon om fenomenet (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 105). Flere pasienter påstår at helsepersonell ikke har nok kunnskap om selvskading til å kunne hjelpe en syk i sin bedringsprosess. Det ønskes informasjon på flere områder. Informasjon som kan gi svar på hva som skjer med en person når hun skader seg, og hvorfor hun skader seg. Videre sier pasienter at informasjon om selvskading og dens utbredelse ville ha ført til at de følte seg mindre alene og stigmatisert. Pasienter påstår at informasjon om selvskading til pårørende, familie og allmennheten generelt også ville påvirket deres bedring i positiv retning. Pasienter savner egne kurs der helsepersonell som til daglig arbeider med denne pasientgruppen kan delta. De mener dette kunne ført til større kunnskap og fokus rundt hvordan en selvskader må behandles for å oppnå bedring (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009, s. 107-108). Kan informasjon til allmennheten resultere i at selvskadning blir ett større samfunnsproblem?

Øverland (2006, s. 237) skriver at det er viktig men utfordrende å gi allmennopplysning om selvskading og å involvere dem som er berørt i prosessen. Det finnes informasjon som kan meddels pårørende. Hvordan man finner ut at noen skader seg, hvordan man skal snakke med den syke om denne bekymringen og hvordan man skal få personen til å slutte med selvskading er fremtredende. Undersøkelser viser at de færreste av unge selvskadere vet hvordan de kommer i kontakt med hjelpetjenester. Pårørende og venner er derfor viktige

medhjelpere for at en selvskader skal ha mulighet til å komme i gang med bedringsprosessen (Øverland, 2006, s. 115).

I lov om pasient og brukerrettigheter § 4.1 (1999) kan man tolke følgende: Samtykket pasienter gir til behandling er kun gyldig dersom personen har mottatt nødvendig informasjon om sin helsetilstand og ett eventuelt innhold i den helsehjelp som er tiltenkt. Det kan være vanskelig for helsepersonell og oppfylle dette kravet uten tilstrekkelig kunnskap.

Jeg har selv erfart i praksis at selvskadere savner informasjon. Flere kvinner ble innlagt rett etter en selvskadingsepisode, og utskrevet etter tre dager. De fikk for eksempel ingen informasjon om hva som kunne være lurt å arbeide med under og etter oppholdet for at de kanskje kunne oppnå bedring i form av mindre selvskading. Slik jeg ser det er dette viktig informasjon å meddele pasienten.

Utenom det som tidligere er nevnt, sier litteratur og forskning lite om hvordan informasjon påvirker en selvskaders bedringsprosess. Det ble gjort søk uten treff i flere anerkjente databaser etter forskningsartikler som sier noe om pasientgruppens informasjonsbehov

5.8 Bedre tilgang til lokale tjenester og ettervern

Forskning viser at usikkerhet rundt hva som kommer til å skje etter utskrivelse fra post, påvirker selvskaders bedringsprosess negativt. Videre skrives det at pasienter ofte fungerer godt i en trygg døgnpost. Denne funksjonen kan være vanskelig å overføre til en utrygg hjemmesituasjon. Mange selvskadere har dermed en følelse av at det funksjonsnivået de klarer å tilegne seg mens de er innlagt, svinner hen etter utskrivelse (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013, s. 50).

Taylor, Hawton, Fortune & Kapur (2009, s.108) skriver at det kan være gunstig å utarbeide en plan sammen med pasienten for å gjøre overgangen mer smidig. Denne planen bør inneholde numre de kan ringe for å få hjelp ved tilbakefall eller akutt selvskadingstrang, samt en oversikt over avtalte møter med kyndig helsepersonell som ikke ligger for langt frem i tid. Aarre & Bugge & Juklestad (2012, s. 231) skriver at man ikke vet effektiviteten av denne metoden. Utarbeiding av ”nødkort” var også til hjelp for noen. Her er det oppført numre der

pasienten kan kontakte helsepersonell 24 timer i døgnet (Hume & Platt, 2007, s. 11). Aarre, Bugge & Juklestad, (2012, s. 231) skriver at metaanalyser har vist en viss effekt for denne metoden.

Særlig pasienter uten støtte fra familie og venner blir påvirket når det nærmer seg utskriving. De kan fortelle at det ikke er annet enn tomhet å reise hjem til. Pasientene ble også påvirket negativt av tanken på at de måtte vente opp til 12 uker før de igjen kunne få samtale med kyndig helsepersonell (Hume & Platt, 2007, s. 11).

Jeg erfarte i praksis at en plan for hva som skulle skje etter utskriving gjorde at pasienten forholdt seg roligere til utskrivingsdato. Dette førte dermed til at pasienten kunne bruke tid på bedringsprosessen i stede for bekymringer om hva som kunne skje etter utskriving. Jeg mener det er viktig å lytte til pasientens tanker rundt utskrivings situasjonen. Særlig pasienter med flere innleggelse bak seg kan komme med gode ideer til tiltak som kan fungere for dem.

Det jeg har kommet frem til under arbeidet med denne oppgaven, er at det er noen små endringer man kan gjøre i praksis for at selvskadere skal få bedre utbytte av innleggelse. De fleste endringer går på helsepersonellens tilnærmingsevne og kunnskap. Jeg har derfor fått inntrykk av at kurs for helsepersonell som til daglig jobber med pasientgruppen, angående kunnskap rundt fenomenet selvskading kan være smart å gjennomføre før eventuelle justeringer iverksettes. Slik jeg ser det, bør dette kurset ta for seg blant annet hvordan man skal tilnærme seg en selvskader, hvordan man skal forsøke å forstå en selvskader, hvordan og hva man bør informere en selvskader om, samt viktigheten av å stå i vanskelige situasjoner sammen med pasienten over tid. Dette tror jeg kunne ført til at helsepersonellet får økt kompetanse, og dermed kunne støttet en selvskader på best mulig måte i bedringsprosessen.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var og finne ut hva som påvirker og fremmer bedring hos selvskadere innlagt i døgnpost. Gjennom arbeidet har jeg kommet frem til at det er forskjellige tiltak ofte i kombinasjon med hverandre, som påvirker pasientens bedring. Teori og forskning viser at gode og trygge relasjoner til helsepersonell er en fremtredende faktor for bedringsprosessen. Individuell oppfølging og tilrettelegging fremstår som vesentlig. Slik jeg ser det er dette et krav som best oppfylles ved aktiv brukermedvirkning, fordi pasienten har best forståelse av seg selv. I følge forskning og litteratur på området er kunnskapsrikt helsepersonell viktig. De mestrer å by på seg selv og tør å overlate noe av kontrollen til pasienten. Helsepersonell bør også mestre å bygge relasjoner med pasienten, samtidig som pasienten lærer seg selv bedre å kjenne. Dette kan være med å påvirke bedringsprosessen i positiv retning.

Forskning viser at selvskadere savner informasjon om fenomenet. Dette har kommet tydelig frem under arbeidet med denne oppgaven. Det er vanskelig å finne pålitelige data angående deres informasjonsbehov, samt hva de ønsker å bli informert om. Pasienter ytrer i følge forskning ønske om at helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen skal få tilbud om kurs for å få økt kunnskap om selvskaderes behov. Dette vil slik jeg ser det komme både pasienten og helsepersonellet til gode. Forskning viser at det på noen områder er ulik effekt hos selvskadere på det som angår tiltak til bedring. Jeg har allikevel fått ett inntrykk av at teori og forskningsresultater er relativt samstemt når det kommer til hva som kan påvirke bedringsprosessen til en selvskader.

Det jeg har lært av dette arbeidet, er hvor viktig det er å se hele det unike mennesket og behandle selvskadere med samme respekt og anerkjennelse som man selv ønsker å bli vist. Først da har man mulighet til å bistå pasienten på en god måte slik at hun kan oppnå bedring i form av mindre selvskadning.

Derfor kan det være lurt å ha i tankene når man arbeider med denne pasientgruppen at for en verden er du bare et menneske, men for et menneske kan du kanskje være en hel verden.

7.0 Litteratur og referanser

Aarre, T.F. & Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2012). *Psykisatri for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademisk Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2005). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hammer, J. & Strand, M. (2013). Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern. *Sykepleien*. [Internett], 8 (1), s. 46-52. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/forskning/forskningsartikkel/1120583/kvinner-som-selvskader-opplever-bedring-ved-innleggelse-i-akutt-psykisk-helsevern> [Lest 22. november 2013]

Hume, M & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health*. [Internett] 7:9 doi: 10.1186/1471-2458-7-9. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pmc/articles/PMC1790886/?report=reader> [Lest 12. mars 2014]

Moe, A. & Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo, Gyldendal Juridiske.

Nylenna, M., Arnesen, H., Hauge, A., Kirkevold, M. & Schlichting, E. (2007). *Store medisinske leksikon*. Oslo, Kunnskapsforlaget.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter. Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252)*. Tilgjengelig fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven*#KAPITTEL_3 [Lest 23. Mars 2014]

Taylor, T.L. & Hawton, K. & Fortune, S. & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. [Internett], 194 (), s. 104–110. Tilgjengelig fra: <http://bjp.rcpsych.org.proxy.helsebiblioteket.no/content/194/2/104.long> [Lest 22. november 2013]

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo, Kommuneforlaget.

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

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

Åkerman, S. (2010). *For å overleve, en bok om selvskadning*. Oslo, Humanistforlaget.