



Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg og fremme
mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep
i nære relasjoner?

Kandidatnummer: 1079

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Basyk16

Antall ord: 10956

Dato: 21.03.19

Innholdsliste

Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Sykepleiefaglig relevans	6
1.4 Avgrensninger	7
1.5 Begrepsavklaringer	7
1.6 Disposisjon	8
2.0 Metode	9
2.1 Hva er en litterær oppgave?	9
2.2 Søkestrategi	9
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.4 Presentasjon av litteratur og forskningsartikler	12
2.4.1 Litteratur	12
2.4.1 Forskningsartikler	13
2.5 Kildekritikk	16
2.6 Ethiske hensyn	17
3.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	17
3.1 Traume	18
3.2 Senvirkninger av seksuelle overgrep	19
3.2.1 Hjernen er bruksavhengig	21
3.2.2 Toleransevinduet	22
3.3 Traumebevisst omsorg	22
3.3.1 De tre grunnpilarene	23
3.4 Sykepleie i et helsefremmende og salutogent perspektiv	26
3.5 Lov og etiske retningslinjer	28
4.0 Drøfting	28
4.1 Sykepleiers faglige kompetanse er sentral for å hjelpe overgrepsutsatte	28
4.2 Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg?	29
4.3 Sykepleiers rolle i å fremme relasjoner, sosial støtte og nyorientering for pasienten	32
4.4 Sykepleiers rolle i å fremme positive mestringsstrategier	34
5.0 Konklusjon	37
6.0 Litteraturliste	38

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos personer med senvirkninger etter seksuelle overgrep i nære relasjoner?

Metode: Denne oppgaven er en litterær oppgave. Det er tatt i bruk relevant data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori.

Drøfting: Voksne pasienter med overgrepshistorie kan ha multiple fysiske og psykiske senvirkninger av seksuelle overgrep. Det er forskjellige tilnærminger sykepleier kan benytte seg av i møte med denne pasientgruppen, deriblant traumebevisst omsorg og den salutogene modellen.

Konklusjon: Sykepleier er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Ved å fremme trygghet, tillitsfulle relasjoner, "coping" og opplevelse av sammenheng kan sykepleier bidra til at pasienter føler mestring og øker grader av helse. I samtale kan sykepleier benytte seg av "toleransevinduet" og det å "svømme i livets elv" som metaforer for å gjøre pasienten bedre rustet til å møte livsutfordringer som følge av seksuelle overgrep.

Abstract

Issue: How can a nurse give trauma-informed care and promote healthy coping measures for childhood sexual survivors with long-term effects?

Method: This is a literary thesis. Relevant data from existing research and theory has been used.

Discussion: Childhood sexual survivors may have multiple physical and mental side effects of sexual abuse. There are different approaches nursing can take advantage of in meeting with this patient group, including trauma-informed care and the salutogenic model

Conclusion: Nurses are well positioned to provide trauma-informed care and promote healthy coping measures to childhood sexual survivors with long-term effects. By promoting safety, trusting relationships, coping and sense of coherence, nurses can help the patient's ability to cope and increase health. In conversation, nurses can take advantage of the "tolerance window" and the "swim in the river of life" as metaphors to make the patient better equipped to face life challenges as a result of sexual abuse.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er først og fremst gjennom media vi hører om seksuelle overgrep. Overgrep som kommer frem i media er gjerne hendelser som har vært vanskelig å ta opp tidligere i livet for den det gjelder. Nylig er det snakk om overgrepssaker i Tysfjord i 2016, Nordland. Politiet i Nordland avdekket totalt 151 seksuelle overgrepssaker, hvorav 40 av dem omhandlet seksuell omgang med barn under 14 år (Nordland Politidistrikt, 2017). Saken er av omfattende karakter og mediene kan bidra til at alminneligheten og befolkningen ellers ikke anser seksuelle overgrep som et utbredt og sannsynlig problem. Seksuelle overgrep er dessuten fortsatt sterkt tabuisert i samfunnet.

De ferskeste tallene viser at mer enn 1 av 5 norske kvinner og 1 av 10 norske menn oppgir å ha blitt utsatt for en form for seksuelle overgrep før fylte 18 år (Buftir, 2015). Verdens helseorganisasjon (WHO, 2002, s.80) har definert seksuelle overgrep mot barn som et folkehelseproblem og Redd Barna (2015) opplyser at i Norge kjenner halvparten av alle voksne en eller fler som har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn. Likevel er erkjennelse og kunnskap om seksuelle overgrep mangelfull i befolkningen generelt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har utført en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. I 9 av 10 tilfeller er overgriperen en person barnet har en nær relasjon til (Hjemdal & Thoresen, 2014).

I psykiatrisk praksis ble jeg godt kjent med en ung pasient som hadde blitt seksuelt misbrukt gjennom hele barndommen. Det var ingen som spurte henne eller ga henne den hjelpen hun trengte før sent inn i tenårene, til tross for multiple psykosomatiske utfordringer og symptomer. Senere har hun fått diagnosen dissociativ identitetslidelse. En psykisk lidelse som kjennetegnes ved at en person opplever å ha to eller flere ulike identiteter eller personligheter (Malt, 2016). Hennes historie er dessverre ikke unik. Overgrepsutsatte er en forsømt gruppe i helseapparatet. Ikke bare er det lite undervisning om vold og overgrep i helseprofesjonene, men det er også stor faglig uenighet for at traumer i barndom kan få alvorlige konsekvenser (Hagen, Da Silva & Thelle, 2016). Imidlertid erfarte jeg at majoriteten av pasientene som var innlagt i psykiatrisk avdeling der jeg var i praksis hadde en overgrepshistorie. noe jeg selv ble overrasket over. Dette er bakgrunnen for mitt engasjement til å skrive denne oppgaven. Jeg ønsker å ha tilstrekkelig kunnskap om seksuelle

overgrep og hvordan jeg som sykepleier kan gi traumebevisst omsorg til voksne pasienter utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Videre ønsker jeg å vite hvordan sykepleier kan hjelpe utsatte til å mestre de senvirkningene og reaksjonene en eventuelt måtte ha som følge av seksuelle overgrep.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i nære relasjoner?

1.3 Sykepleiefaglig relevans

De helsemessige konsekvensene av seksuelle overgrep i barndommen kan være svært alvorlige og sammensatte. Utsatte har en økt risiko for et bredt spekter av psykiske og somatiske problemer, for eksempel seksuelle problemer, angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stresslidelse, dissosiative lidelser, spiseforstyrrelser, søvnproblemer, uspesifikke smertetilstander, funksjonelle mage-tarmplager, selvmordsforsøk og selvmord (Steine et al. 2012). Risikoen for senvirkninger øker ytterligere når en blir utsatt for traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst og når de potensielt traumatiserende hendelsene skjer i relasjon til nære omsorgspersoner gjentatte ganger over tid (Felitti et 1998). Personer utsatt for seksuelle overgrep vil derfor ofte komme i kontakt med primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Her vil de mest sannsynlig bli tatt i mot og/eller ivaretatt av en sykepleier. Videre er det også store mørketall når det kommer til seksuelle overgrep. I artikkelen «Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?» kommer det frem at det gikk i gjennomsnitt 17 år før respondentene for første gang fortalte noen om overgrepene de ble utsatt for i barndommen (Steine et al., 2017). I tillegg er latenstiden forlenget når overgrepene omhandlet samleie og når overgriperen er en person man har en nær relasjon. Dette forsterker sannsynligheten for at man som sykepleier vil kunne møte mennesker med overgrepshistorie i alle ledd i helsevesenet. Det å ha kunnskap rundt årsakssammenhenger om hvordan overgrep i barndom kan føre til fysisk og psykisk sykdom i voksen alder anser jeg som høyst relevant og nyttig for alle sykepleiere i dagens samfunn. Hvordan sykepleier kan fremme mestring og helse for denne pasientgruppen anser jeg som like relevant. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegges det at: «*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 sykepleierforbund, 2016)*».

1.4 Avgrensninger

Jeg avgrensner oppgaven til å omhandle kvinnelige pasienter fra 18 år som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Da det er flere kvinner enn menn som utsettes for seksuelle overgrep (Bufdir, 2015). Jeg velger å ha en ubegrenset øvre aldersgrense fordi overgrepsutsatte kan ha lang latenstid som nevnt over. Følgende utelukkes barn som pasientgruppe i denne oppgaven, da problematikken rettet mot barn gjerne krever spesialkompetanse. Jeg ønsker at problemstillingen skal være aktuell både for sykepleiere i psykiatrien og somatikken fordi overgrepsutsatte kan ha slike sammensatte utfordringer og at erfaringer fra praksis viser at sykepleiere generelt sett har lite kunnskap om senvirkninger av seksuelle overgrep. På grunn av oppgavens omfang, vil imidlertid hovedfokuset være pasienter som søker psykisk helsehjelp med senvirkninger etter seksuelle overgrep. Problemstillingen avleder en mer helsefremmende tilnærming fremfor forebyggende da utgangspunktet er at overgrepet allerede har skjedd.

1.5 Begrepsavklaringer

- Seksuelle overgrep i barndommen

“Seksuelle overgrep innebærer seksuelle handlinger, atferd og kontakt mot barn, som barnet ikke forstår, ikke kan gi samtykke til, ikke er modent for, eller som bryter med samfunnets lover og tabuer. Det innbefatter slik aktivitet mellom barn og voksne, eller mellom barn og andre barn som alders- eller modningsmessig er i en ansvars-, tillits- eller maktposisjon til (World Health Organization, 2014)”.

- Senvirkninger av seksuelle overgrep

Senvirkninger etter seksuelle overgrep er ikke nødvendigvis sykdomstilstander, men normale virkemekanismer og reaksjoner på de overgrep en har opplevd (SMISO, 2014). Denne tematikken vil bli omtalt med flere begreper, herunder konsekvenser, ettervirkninger, traumer, senskader, skadevirkninger. Alle har som formål å belyse de fysiske-og psykiske reaksjonene av å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Jeg vil gjennom oppgaven noen ganger bruke det begrepet som de jeg referer til bruker, men vil ellers bruke senvirkninger som hovedbegrep.

- Mestring

Teorien om salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring via dens hovedbegrep «sense of coherence» oversatt til «opplevelse av sammenheng», kan skapes (Langeland, 2012). Det er denne teorien jeg legger til grunn for oppgaven. Forskning viser også at det er klar forbindelse mellom opplevelse av sammenheng og seksuelle overgrep (Priebe, Hansson & Svedin, 2010).

- Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg tar utgangspunkt i hvordan krenkelser og psykologiske traumer påvirker hjernen, og hvilke konsekvenser dette kan få på kort og lang sikt (Hagen, 2016). Det er en forståelsesramme som legger vekt på hva pasienten har opplevd og ikke fikk av omsorg som barn.

1.6 Disposisjon

Innledning: I dette kapitlet informeres det om bakgrunnen for valg av tema og hvorfor temaet er relevant for sykepleiere. Videre inneholder kapitlet begrunnelse for avgrensning av problemstillingen og en kort fremstilling av begrepsavklaringer.

Metode: I dette kapitlet forklares det hva en metode er, herunder litterær oppgave. Videre presenteres de forskjellige databasene og hvilke søkestrategier som er benyttet. Deretter presenteres litteratur og forskning med begrunnelse i deres relevans for problemstillingen. Til slutt presenteres kildekritikk.

Teori: I dette kapitlet gjør jeg rede for litteratur og forskning som er sentral for problemstillingen: “Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i nære relasjoner?”.

Drøfting: I dette kapitlet drøftes ulike måter sykepleier kan fremme mestring og gi traumebevisst omsorg på. Problemstillingen vil drøftes opp mot litteraturen og forskningen.

Konklusjon: I dette kapitlet vil det oppsummeres og konkluderes. Fremtredende funn blir belyst og har til hensikt å gi en avslutning på hva litteraturstudien har kommet frem til.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil litteraturstudie forklares. Følgende vil søkestrategi og inklusjons-og eksklusjonskriterier presenteres. Deretter begrunnes forskningsartiklene og deres relevans for oppgaven. Til slutt kildekritikk.

2.1 Hva er en litterær oppgave?

Metoden er redskapet vårt som forteller noe om hvordan vi bør gå frem for å innhente data og svare på problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2012, s.112). Dette er en litterær oppgave, som innebærer at problemstillingen besvares ved innhentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Datamaterialet skal alltid vurderes med tanke på kvalitet og relevans for oppgaven (Dalland, 2012, s.139).

2.2 Søkestrategi

Det er brukt et PICO-skjema for å gjøre problemstillingen tydelig og presis (Se vedlegg 1). Videre er det anvendt faglitteratur, forskning og pensumlitteratur i oppgaven. Databasene som er brukt til å finne forskningsartikler er Cinahl, PubMed, OvidMed, Idunn, SweMed+ og ProQuest. I tillegg er søkemotoren Google Scholar også brukt.

For å finne søkeord relevant for min problemstilling benyttet jeg meg først og fremst av PICO skjema (Se vedlegg 1). Søkeordene ble til etter en rekke søk i de forskjellige databasene og ut i fra sentrale og relevante artikler og faglitteratur. Det ble brukt AND og OR som hjelpemiddel for å utvide søkene. Se vedlegg 2 for detaljert søkehistorie. Søkeordene jeg har brukt er:

Norsk	Traumebevisst omsorg/ tilnærming	Mestring Mestrings- strategi Opplevelse av sammenheng Salutogenese	Senvirkninger	Seksuelle overgrep	Overgrep sutsatte	Sykepleier
Engelsk	Traumainformere d-care Traumacare Traumainformere d-approach	Coping Coping- strategies Sense of coherence Salutogenic	Health- Consequences Psychosomatic consequences, Trauma Mental trauma/health	- Sexual abuse - Childhood sexual abuse - Child sexual abuse - Child abuse	Survivors Adult	Nursing Nursing- knowledge

Jeg valgte å legge til «survivors» AND «adult» som en egen kategori for å få treff på voksne overleverere, da jeg i søkeprosessen fikk utfordringer med å utelukke de artiklene som omhandlet barn. Jeg har også valgt å ha med «nursing-knowledge» som eget søkeord for å flere treff relatert til sykepleie. Videre ble søkene begrenset med: Peer reviewed, english, norsk, dansk, svensk, 2008-2019, Europe, Continental Europa, USA og Australia & New Zealand. Se vedlegg for detaljert søkehistorikk. Etter dette inkluderte jeg 6 artikler.

Faglitteraturen anvendt i oppgaven er funnet via søk i Oria. Nøkkelordene som er brukt er: seksuelle overgrep, senvirkninger av seksuelle overgrep, traumebevisst omsorg, traumer, mestring, mestring av seksuelle overgrep. Litteraturen ble funnet på biblioteket systematisk etter tema. Boken *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (Hagen mfl. 2016) ble anbefalt av ansatte på praksisplassen i psykisk helse. Boken *Traumebehandling –*

komplekse traumelidelser og dissosiasjon (Anstorp & Benum, 2014) ble funnet gjennom søkeordene i Oria. Boken *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016) hadde jeg fra før, som følge av bokserien, *Grunnleggende sykepleie, bind 1-3*. Til slutt er boken *Helsens mysterium – den salutogene modellen* (Antonovsky, 2012) funnet gjennom søk i Oria. Videre har jeg brukt fagkunnskap fra nettsiden til *RVTS Sør - et ledende fagmiljø innen psykiske traumer*. RVTS Sør er et kompetansehevings-og formidlingscenter innen psykologiske traumer, og arbeider blant annet med å sette traumebevisst kunnskap ut i traumebevisst praksis. Dermed anser jeg den som en sikker kilde. Hentet en del fagkunnskap fra denne nettsiden, herunder artikkelen “The three pillars of trauma-informed care” (Howard Bath, 2008).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I følge Polit og Beck (2010) skal inklusjons-og eksklusjonskriteriene gjøre det mulig å identifisere de studiene som er viktige for å kunne gi svar på forskningsspørsmålene og motsetningsvis utelukke de som ikke gjør det. Etter avgrensninger nevnt i pkt. 1.4 og begrepsavklaringer i pkt. 1.5 endte jeg opp med følgende inklusjons-og eksklusjonskriterier som har bidratt til å finne relevante artikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner	Menn
Artikler som omhandler kvinner over 18 år	Artikler som omhandler kvinner under 18 år
Artikler som undersøker senvirkninger av seksuelle overgrep og/eller senvirkninger av omsorgssvikt hvor seksuelle overgrep er inkludert. Disse er begått av nære omsorgspersoner eller personer de hadde et tillitsforhold til	Artikler som undersøker andre spesifikke former for omsorgssvikt, hvorav seksuelle overgrep ikke er inkludert.
Artikler som undersøker traumebevisste og helsefremmende tilnærminger	Artikler som undersøker behandlingsmetoder
Studier som er gjort i; Europa, Oseania, USA	Studier som er gjort i; Afrika, Sør-Amerika og Asia.

Engelsk eller skandinavisk språklige studier	Fremmedspråklige
Fagfelleverderte studier	Ikke fagfelleverderte studier
Studier fra 2008-2019	Studier eldre enn 2008.

Jeg har imidlertid valgt å inkludere to artikler som omhandler både kvinner og menn. Artikkene fokuserer forøvrig ikke på kjønn som sådan, og er svært relevante for problemstillingen.

2.4 Presentasjon av litteratur og forskningsartikler

2.4.1 Litteratur

Litteratur som er brukt i oppgaven om traumebevisst omsorg og traumebevisste tilnærminger er boken om *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (Hagen mfl. 2016). Hovedmålgruppen for boken er studenter under utdanning i psykisk helsearbeid, men belyser eksplisitt at boken favner bredt og er aktuell for alle som på ulike vis samarbeider med alvorlig traumatiserte mennesker. Boken er brukt hyppig i denne oppgaven. Den andre boken som er brukt er *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (Anstorp & Benum, 2014). Til tross for at boken til Anstorp og Benum (2014) har terapeuter som hovedmålgruppe, vektlegger de at de faglige perspektivene og holdningene til arbeidet er helt overførbart. Boken blir i denne oppgaven brukt for å bygge opp faglig kunnskap om komplekse traumer, herunder seksuelle overgrep og senvirkninger av dette. Den tredje boken er *Seksuelle overgrep mot barn – traumebevisst tilnærming* (Andersen & Søftestad, 2014). Boken blir brukt for å bygge opp faglig kunnskap om traumebevisste tilnærminger.

Litteratur som er brukt i oppgaven om mestring og hvordan sykepleier kan fremme mestring er boken *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener, samfunn og mestring* (Kristoffersen mfl. 2016) og boken *Helsens mysterium – den salutogene modellen* (Antonovsky, 2012). Begge bøkene tar for seg hensiktsmessige tilnærminger for sykepleiere og bakgrunnskunnskap for hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter å mestre helseutfordringer. Antonovskys teori blir i tillegg hyppig brukt i boken om *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (Hagen mfl.

2016) og det ble dermed naturlig å inkludere teorien i denne litterære oppgaven.

2.4.1 Forskningsartikler

Artikkel 1.

«Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery» av *Phanichrat & Townshend (2010)*.

Formål: Det kommer frem av tidligere forskning at alle mennesker utsatt for seksuelle overgrep benytter seg av forskjellige mestringsstrategier i varierende grad. Eksempelvis unngåelse/ unnvikende atferd, selvskading og proaktiv mestringsstrategi. Formålet med studien var å undersøke hvilke mestringsstrategier overgrepsutsatte benyttet seg av i selve tilfriskningsprosessen.

Metode: Kvalitativ studie med syv deltakere, fire kvinner og tre menn. Informantene måtte være over 18 år, utsatt for overgrep i barndommen og har vært gjennom tilfriskningsprosessen. De føler seg helbredet og/eller at de har kommet seg over traumet.

Funn: Unnvikende mestringsstrategi kan føre til sykdom og inkluderer undertrykking av følelser, virkelighetsflukt og dissosiasjon. Problemfokuserede mestringsstrategier fører imidlertid til god helse og inkluderer å søke etter støtte, aksept, kognitiv refleksjon og mening.

Relevans for oppgaven: Det å forstå pasientenes mestringsstrategier kan bidra til tilfriskning.

Artikkel 2.

«Betydningen av den salutogene modell for sykepleie»
av *Eva Langeland (2012)*

Formål: Formålet med denne artikkelen var å kaste lys over hvordan den salutogene modellen kan bli brukt som et verktøy i klinisk sykepleie når helse er hovedmålet.

Metode: Formålet er belyst gjennom fire kunnskapsnivåer for sykepleiere: Metanivå, teoretisk nivå, teknologisk nivå og praktisk nivå.

Funn: Artikkelen kommer frem til at Antonovskys teori har et fruktbart utgangspunkt for sykepleiere. Det er fordi den fokuserer på helse med utgangspunkt i hva det er som gjør at mennesker lykkes med å mestre i møte med livets ulike utfordringer.

Relevans for oppgaven: Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser hvordan den salutogene modellen gir sykepleier en forståelsesramme og konkret anvendelse av denne kunnskapen. Artikkelen belyser hvordan sykepleier kan tilrettelegge for at personer og grupper selv kan fremme sin egen helse og mestring ved «opplevelse av sammenheng» og salutogen tenkning.

Artikkel 3.

«Nurses Perspectives on the care of Adults with Mental health problem and histories of childhood sexual abuse» av Wanda Marion Chernomas & Elaine Mordoch (2013).

Formål: Hensikten med denne studien var å se på sykepleierens perspektiv på omsorg av voksne pasienter som har psykiske senvirkninger av seksuelle overgrep. Artikkelen diskuterer sykepleieres forståelse, perspektiv og erfaringer med disse pasientene.

Metode: 13 sykepleiere, fire menn og ni kvinner deltok i studien. Seks av deltakerne jobbet på institusjon og syv poliklinisk. Denne studien fant sted i omsorgssenter. Senteret tilbyr et bredt spekter av helsetjenester, inkludert akutt-, akutt- og poliklinisk omsorg for voksne med en rekke psykiske eller psykiske problemer

Funn: Sykepleiere bør ha kunnskap om hvor stor betydning seksuelle overgrep har på voksne pasienters helse og livskvalitet. Sykepleiere er i god posisjon til å gi traumebevisst omsorg til pasienter med psykiske lidelser og symptomer etter seksuelle overgrep.

Relevans for oppgaven: Studien er relevant fordi den konkluderer med at sykepleier er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg og at traumebevisst omsorg bygger på kunnskap som sykepleiere bør ha.

Artikkel 4.

«From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient» av *Genevieve Chandler (2008)*

Formål: Formålet med denne kvalitative studien var å gi en grundig beskrivelse av erfaringen fra personalet på en psykiatrisk enhet, som med suksess hadde gått fra tradisjonell omsorg til innføring av traumebevisst omsorg.

Metode: 20 sykepleiere og 14 terapeuter fra psykiatrisk enhet på et sykehus i Nord-Amerika deltok i undersøkelsen. Alle hadde fått undervisning om traumebevisst omsorg på forhånd. Ved siden av de 34 kvalifiserte helsepersonell var også åtte frivillige og to fra administrasjonen med i studien.

Funn: Det er først gjennom trygghet og fruktbare sykepleie-pasient-relasjoner tilfriskning kan skje. Videre var det avgjørende at sykepleier delte informasjon og kunnskap med pasienten for å hjelpe pasienten i å håndtere senvirkninger.

Relevans for oppgaven: Studien viser hvordan traumebevisst omsorg skaper helsefremmende omgivelser for overgrepsofsatte.

Artikkel 5.

«Stories from the road of recovery – How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change» av *Signe Hjelen Stige, Per-Einar Binder, Jan H. Rosenvinge & Bente Træen (2013)*.

Formål: Målet med denne studien var å undersøke hvordan kvinnelige overlevende etter barndomstraumer opplevde positiv endring i tilfriskningsprosessen..

Metode: Studien ble gjennomført ved en psykiatrisk enhet i Nord-Norge og informantene har

forskjellige traumehistorier og symptomer.

Funn: Studien avslørte fem hovedfunn: Å finne nye måter å forstå sine følelser og reaksjoner på, relatere til sine symptomer i stedet for å ignorere dem, ha fokus på sine egne behov, opplevelse av sammenheng og kontroll over eget liv.

Relevans for oppgaven: Å få tilgang til pasientperspektivet kan bidra til bedre å forstå disse prosessene og lettere tilby helsefremmende tiltak

Artikkel 6.

«Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being» av *Sigrun Sigurdardottir & Sigrídur Halldorsdottir (2013)*.

Formål: Hovedformål med denne studien var å undersøke kvinner som har blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen og dets påvirkning på deres helse og livskvalitet.

Metode: Syv islandske kvinner deltok i undersøkelsen og de var i alderen 30-65 år da intervjuene startet. Alle kvinnene har blitt utsatt for seksuelle overgrep av nære familiemedlemmer før fylte 12 år og fra mer enn en person..

Funn: Hovedresultatet er at tiden *ikke* leger alle sår. I voksen alder har de multiple psykiske og fysiske symptomer. I tillegg opplyser samtlige at de har vanskeligheter med å ha tillit og nære relasjoner til andre mennesker.

Relevans for oppgaven: Studien er relevant for problemstillingen fordi den konkluderer med at kunnskap om seksuelle overgrep er avgjørende for hvordan helsepersonell kan respondere på en støttende og omsorgsfull måte og bidra til å øke kvinners helse og livskvalitet.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som benyttes både for å vurdere om kilden er troverdig og om informasjonen fremlagt er troverdig (Orgeret, 2018). Det innebærer at man holder seg kritisk til kildene som anvendes. De 6 valgte studiene jeg har tatt med i denne litteraturstudien er hentet fra anerkjente databaser som studenter har tilgang til via VID. Jeg anser derfor disse databasene som pålitelige. Videre er alle inkluderte forskningsartikler fagfellevurdert. Det innebærer at artiklene er vurdert og godkjent av eksperter på fagområdet (Dalland, 2013, s. 78).

Jeg har valgt å søke etter forskning som ikke er eldre enn 10 år. Grunnen til det er for å sikre mest mulig oppdatert forskning innenfor dette temaet (Dalland, 2012). Det er kun en artikkel som ikke er innenfor denne tidsrammen, og det er artikkelen “From Traditional Inpatient to Trauma-Informed Treatment: Transferring Control From Staff to Patient (Chandler, 2008)”. Jeg har likevel valgt å inkludere denne artikkelen fordi den er svært relevant for min problemstilling. Studien viser konkret hvordan traumebevisst omsorg kan implementeres i klinisk sykepleie. I søkeprosessen fant jeg ut at det er få studier som bygger på traumebevisst omsorg i sin helhet og har derfor anvendt en del faglitteratur for å belyse temaet. Videre inneholder flere av forskningsartiklene fokusintervjuer av pasienter og sykepleiers subjektive erfaringer. Det kan være en svakhet siden funnene ikke kan generaliseres. Imidlertid gir de innblikk i opplevelser og erfaringer som sykepleiere kan dra nytte av i veien mot å gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos personer med senvirkninger etter seksuelle overgrep.

I en litterær oppgave søker man etter eksisterende data på bakgrunn av det man selv ønsker å finne ut av (Dalland, 2017, s. 207). Dette kan innebære at forfatterens formål kan være ulik det formålet denne oppgaven har. Alle forskningsartiklene er publisert på engelsk eller norsk. Ved oversettelse av de engelskspråklige artiklene kan det ha oppstått feiltolkninger eller misforståelser fra min side.

2.6 Ethiske hensyn

Jeg presenterer egne erfaringer fra praksis og har følgende anonymisert både praksissted og situasjoner for å opprettholde taushetsplikten. Videre har jeg vært kritisk til hvordan jeg uttrykker meg skriftlig i oppgaven. Dette med hensyn til at leserne kan ha slike erfaringer oppgaven baserer seg på.

3.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil det bli presentert relevant teoretisk kunnskap som sykepleier må ha for å kunne gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos voksne pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep.

3.1 Traume

Ordet traume stammer fra gresk og betyr «sår» eller «skade», altså en skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter gjennom ytre påvirkning (Anstorp & Benum, 2014, s. 23-24). I psykologisk forstand vil traume bety den psykiske skaden *av* overgrepet, og ikke *om* selve overgrepet som sådan. Traumbegrepet vil i denne oppgaven handle om sår som ikke er leget. Det sentrale er at det som har skjedd overstiger den subjektive evnen personen har til å integrere og bearbeide selve hendelse(n) (Ibid). Resultatet blir følgende at disse menneskene ikke makter å tilpasse seg og mestre hverdagen, gjerne med multiple psykosomatiske symptomer. Det skilles mellom to hovedgrupper av traumer:

Type 1 – akutte traumer. Traumatisering som et resultat av enkeltstående overveldende hendelser, som gjerne kjennetegnes ved å være uventet og muligens livstruende (Bath, 2008).

Type 2 – komplekse traumer. Traumatisering som et resultat av repeterende alvorlige hendelser, gjerne med uforutsigbar utvikling (Ibid).

Utviklings- og relasjonstraumer er undergrupper av komplekse traumer. Begrepet relasjonstraumer blir brukt når det er nære tilknytningspersoner som har påført barnet vedvarende seksuelle, fysiske og/eller psykiske overgrep (Hagen mfl. 2016, s.26). Utviklingstraumer blir brukt for å omtale traumer som skjer i tidlige barndomsår og dermed i sensitive perioder av livet (Nordanger & Braarud, 2014; Nordanger, 2014, s. 26). Dette medfører forstyrrelser av hjernens utvikling og organisering. Utviklings-og relasjonstraumer vil dermed være et dekkende begrep videre i oppgaven. Barn som har erfart slike skadelige belastninger over tid har ikke fått den hjelpen de

trenger til å integrere og kontrollere følelser. Nettopp fordi omsorgspersonen både har vært årsaken til og løsningen på barnets frykt. Dermed kan barnet ha vanskeligheter med å håndtere stress og regulere følelser (Nordanger & Braarud, 2014; Nordanger, 2014, s.26; Jørgensen & Steinkopf, 2013). Den nevrobiologiske forskningen viser hvordan tidlige påkjenninger hindrer utviklingen av hjernens evne til å regulere eller kontrollere kropp, atferd og affekter. Dette kan ha spesielt store konsekvenser for helse og fungering senere i livet (Nordanger, 2014, s.39-40). Den mest anerkjente undersøkelsen av forholdet mellom tidlige påkjenninger og senere psykiske og somatiske helseplager er Adverse Childhood Experience-studien (ACE) til Vincent Felitti, første gang publisert i 1998. Resultatene av denne studien dokumenterer sterk sammenheng mellom alvorlige overgrep i barndommen og forekomst av flere og dødelige helseproblemer som voksen (Felitti et al, 1998; Anstorp & Benum, 2014, s. 21).

3.2 Senvirkninger av seksuelle overgrep

En rekke studier bekrefter en svært høy sammenheng mellom seksuelle overgrep i barndommen, spesielt når det skjer i eget omsorgssystem, og senere psykisk og fysisk helse (Blindheim, 2012; Chernomas & Mordoch 2013; Felitti 1998; Phanichrat & Townshend, 2010; Sigurdardottir & Halldorsdottir, 2012). Som nevnt tidligere er senvirkninger etter seksuelle overgrep ikke nødvendigvis sykdomstilstander, men også normale virkemekanismer og reaksjoner på de overgrep en har opplevd (SMISO, 2014). Eksempelvis kan selvskading være en slik reaksjon for å overleve den indre smerten, andre eksempler kan være overspising, rus-og alkoholmisbruk, dissosiasjon og PTSD symptomer. De to sistnevnte innebærer en spalting av hukommelsen, altså at hendelsen ikke har blitt integrert i bevisstheten, og kan medføre «flashbacks» og mareritt. Hendelsen(e) kommer tilbake som bilder, lyder, lukter, kroppslige og følelsesmessige fornemmelser og inntrykk. Blindheim (2012) belyser viktigheten av å forstå PTSD som et resultat av at personen har opplevd en eller flere hendelser som har overgått ens evne til å integrere dette i historien om seg selv. Anstorp & Benum (2014) forklarer videre at symptomer kan forstås som minner. I tabellen under er kjente senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen fremhevet.

Tabell 1. Kjente senvirkninger av seksuelle overgrep i barndommen.

<p>Fysiske senvirkninger</p>	<p>Uforklarlige og vedvarende smerter Nedsatt immunsystem Søvnproblemer Kronisk lungesykdom Fibromyalgi/ME Kronisk utmattelsessyndrom Hjerte-kar sykdommer Overvekt Diabetes Mage-tarm problemer</p>
<p>Psykiske senvirkninger</p>	<p>Depresjon, angst, fobier, Lav selvtillit, skam, selvskadende atferd, Alkohol-og rusmisbruk Selvmordstanker Personlighetsforstyrrelser PTSD og kompleks PTSD Dissosiasjon Psykososer Panikkanfall</p>
<p>Sosiale senvirkninger</p>	<p>Vanskeligheter med tillit til andre mennesker Seksuell dysfunksjon Større risiko for å påføre omsorgssvikt til egne barn En tendens mot å oppleve vold og overgrep på nytt i nye relasjoner Søker jevnlig hjelp i helsevesenet, men nevner ikke overgrepet Får ikke tilstrekkelig hjelp i helsevesenet, men får mye medisiner Helsekostnader doubles sammenlignet med mennesker uten overgrepshistorie</p>

(Anstorp & Benum, 2014; Blindheim, 2012; Hagen, 2016; Phanichrat & Townshend, 2010; Sigurdardottir & Halldorsdottir, 2012; Steine et al. 2012).

Som vist i tabellen over betyr disse senvirkningene store kostnader for de det gjelder, deres barn igjen og samfunnet som en helhet. Blindheim (2012) trekker blant annet frem at over 75% voksne som har utført seksuelle og/eller fysiske overgrep rapporterer om overgrep og vold i sin egen barndom. Mennesker med overgrepshistorie har generelt vanskeligheter med å anerkjenne det som har skjedd og rapporterer følelser som skam, skyld og frykt for ikke å bli trodd (Chernomas & Mordoch, 2013; Sigurdardottir & Halldorsdottir, 2012). Det forsterker hemmelighold ytterligere og kan føre til at pasientene utsettes for feildiagnostisering og feilbehandling. I følge Chernomas & Mordoch (2013) er sykepleiere den største gruppen av helsepersonell, og de som bruker mest tid med pasientene og vil trolig være de som er best egnet til å ta de første vurderingene.

Så hvordan kan sykepleier opptre traumebevisst og hva innebærer traumebevisst omsorg for denne pasientgruppen? Det vil bli diskutert i resten av dette kapittelet. Først vil nevrobiologisk kunnskap, som traumebevisst omsorg hviler på, bli belyst.

3.2.1 Hjernen er bruksavhengig

Det er lettere enklere å forstå sammenhengen og kompleksiteten mellom seksuelle overgrep og konsekvenser hvis man kjenner hovedtrekkene til den nevrobiologiske kunnskapen. Et viktig hovedtrekk er at hjernen er bruksavhengig (Nordanger & Braarud, 2014; Nordanger, 2014). Det betyr at hjernen er plastisk og formes gjennom stimulering og som følge av de erfaringene den får. Sammenlignbart med hvordan muskler utvikler seg større ved stimulering, og motsetningsvis svekkes hvis ikke de blir understimulert (Ibid). Et annet viktig hovedtrekk er «Den tredelte hjernen» (Ibid). Forenklet har vi hjernestammen, også kalt overlevelshjernen. Den er funksjonell allerede ved fødselen av og styrer grunnleggende overlevelses-funksjoner som pust, hjerterytm, blodtrykk og kroppstemperatur (Ibid). Den andre delen av hjernen er det limbiske system, kalt emosjonshjernen. Emosjonshjernen er sentral i affektive tilstander som sinne og frykt, og styrer hukommelsesfunksjoner og hormoner som er involvert i fight-flight-reaksjoner (Ibid). Til slutt har vi logikkhjernen, neocortex. Denne delen utvikler seg litt etter litt gjennom hele oppveksten. Prefrontal

Cortex, som er den fremste delen av neocortex, er ikke ferdig utviklet før i begynnelsen av tyveårene. Det er den som hjelper oss med å fortolke hendelser og knytte mening til det vi opplever (Ibid).

Den tredelte hjernen har særlig betydning for hvordan vi takler og håndterer stress og trusler. Amygdala, som sitter i emosjonshjernen, er hjernens alarmsentral (Nordanger & Braarud, 2014). Den registrerer mulige trusler og farer i omgivelsene, sender signalet videre til blant annet binyrene som pumper stresshormoner som adrenalin og kortisol i blodet, slik at fight-flight-reaksjoner aktiveres. Amygdala kan også «huske», den lagrer ubevisste minner av ting vi har vært utsatt for, slik at alarmreaksjon kan settes kjapt i gang når den gjenkjenner det som kan være farlig (Ibid). Hvis disse mulige truslene og farene i omgivelsene vedvarer over tid, slik som ved utviklings-og tilknytningstraumer, innebærer det at alarmsystemet blir sterkt stimulert. Det skal mindre til før alarmen blir utløst igjen. Hippocampus, som også ligger i emosjonshjernen, og prefrontal cortex er viktige strukturer i reguleringsystemet (Ibid). Når alarmsystemet er overaktivert vil det følgelig innebære at reguleringsystemet blir underaktivert, og slik undertrykkelse skader direkte forbindelsen mellom disse systemene. Kort fortalt skader det den bevisste lagringen av minner. Amygdala setter i gang alarmreaksjoner på grunnlag av sin egen hukommelse av fare og er dermed frakoblet de delene av hjernen som skal hjelpe oss rasjonelt å tolke potensielle farer og trusler. Selv om den bevisste delen av hjernen ikke husker, gjør kroppen det. Det er på bakgrunn av dette at psykosomatiske symptomer kan oppstå.

3.2.2 Toleransevinduet

En fellesnevner for traumatiske enkelthendelser, komplekse traumer og utviklings-og tilknytningstraumer er at de presser hjernen til å prioritere de områdene som skal sikre overlevelse (Nordanger, 2014, s. 47). Overlevelsesmodus viser seg i to typer reaksjoner. Den ene omhandler fight-flight-reaksjoner og omtales som hyperaktivering, mens den andre omhandler freeze-reaksjoner og omtales som hypoaktivering (Ibid). Særlig de som har vært utsatt for utviklings-og tilknytningstraumer kan som nevnt være preget av disse formene for reaksjoner på overlevelse. Dette forklares med at de har et smalt toleransevindu (Ibid). Det skal altså lite til før alarmen utløses. Toleransevindu er kort fortalt den «optimale» sonen for hver enkelt av oss, den sonen hva en selv tåler av egne følelser (Hagen, 2016, s.32). Vår evne til å tåle dramatiske og stressende inntrykk varierer fra person til person, og hvor stor tåleevne en innehar, har sammenheng med kapasiteten til

å integrere sanseinntrykk i hjernens modne strukturer (Nordanger & Braarud, 2014). Det vil si vår kapasitet til å forstå eller skape mening i de inntrykkene vi møter.

3.3 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg (heretter kalt TBO) er en forståelsesramme utviklet av blant annet Howard Bath (2008) for helsefremmende håndtering av traumer. TBO bygger på kunnskapen om at hjernen er bruksavhengig og hvordan hjernen påvirkes av krenkelser og psykologiske traumer i barndommen (Andersen, 2014, s.58). TBO tar dermed utgangspunkt i at opplevelser og krenkelser i fortiden påvirker nåtidens helseproblemer. Genevieve Chandler (2008) beskriver en traumebevisst tilnærming slik: «...*a person's symptoms are understood as attempts to cope within the context of one's life experiences, history, and culture*».

For sykepleiere og andre i hjelpeapparatet handler det om å være bevisst på at krenkelser kan ha forårsaket endringer i kropp og sinn og at omsorg ofte ikke er tilstrekkelig for å møte de behovene traumatiserte mennesker har. Mennesker som har blitt utsatt for seksuelle overgrep av sine egne omsorgspersoner har ikke erfart god omsorg i en trygg relasjon i oppveksten og vil dermed kunne streve med tillit og tilknytning til andre mennesker. I tillegg kan de som nevnt ha problemer med å regulere egne følelser. Howard Bath (2008) belyser derfor tre helt grunnleggende og universelle pilarer som må legges til rette for at traumatiserte mennesker skal kunne utvikle seg og få et bedre liv. Disse tre grunnpilarer er trygghet, relasjon og affektregulering. Den tredje pilaren kaller Bath (2015) nå for coping, og er ikke like lett og oversette til norsk. RVTS Sør (2016) kaller det foreløpig coping eller mestringsstrategier. Alle som jobber med traumatiserte mennesker, uavhengig av profesjonalitet, kan på viktige måter bidra til tilfrisknings- og utviklingsprosesser gjennom å fremme disse tre kritiske faktorene (Bath, 2008). Til forskjell fra traumebehandling vil TBO hjelpe pasientenes evne til å håndtere stress og effektiv daglig fungering. TBO retter seg i hovedsak mot barn og unge, er det fullt overførbart til voksne pasienter med traumehistorikk, herunder seksuelle overgrep i barndommen (RVTS sør, 2016).

3.3.1 De tre grunnpilarene

Trygghet

Bath (2008) forklarer gjennom Maslows behovsteori at trygghet rangeres som et av de grunnleggende behovene vi mennesker har som barn. Han viser også til Harry Harlows berømte eksperimentet om aper som ikke kunne være sammen med mødre sine og som klynget seg til falske men myke ståltråd «mødre» fremfor ståltråd «mødre» som kunne gi dem melk (Bath, 2008). Trygghet var altså viktigere enn mat. Dette kan gi et godt innblikk i hvorfor traumatiserte mennesker ofte utvikler en grunnleggende utrygghet. Ikke bare viste det seg at de personene som egentlig skulle representere trygghet og beskyttelse for barnet kunne gjøre grusomme ting men i tillegg også være likegyldig til de krenkelsene de påfører dem. Denne forståelsen om at verden er utrygg tar barnet med seg videre i livet, og de utvikler ofte en omfattende mistillit til andre mennesker eller en «naiv» tillit, som ikke handler om tillit i egentlig forstand, men om grenseløshet (Bath, 2008; Hagen mfl. 2016, s.14). Av betydning er også tabuisering, fortielse og hemmelighold fra den utsatte med på at denne utrygge tilknytningen opprettholdes og vedblir inn i nye relasjoner.

Videre forstås trygghet som «opplevd trygghet», og er ikke nødvendigvis det samme som fysisk og emosjonell trygghet (Bath, 2008). Mennesker som føler seg truet eller i fare hos sine omsorgspersoner, vil likevel i mange tilfeller opprettholde denne relasjonen, nettopp for å tilfredsstille behovet for sikkerhet og beskyttelse som er en del av trygghetsbehovet. Noe som indikerer at selv om utsatte forholder seg tilsynelatende på en normal måte til omsorgspersoner, betyr ikke dette at de nødvendigvis føler seg trygge. Forskning viser at traumene blir mer alvorlig jo nærmere relasjon barnet har til overgriperen, særlig om barnet ikke har andre trygge personer de kan søke støtte hos (Hagen m.fl. 2016, s.14). Voksne pasienter med slike tidlige relasjon-og utviklingstraumer bærer med seg denne grunnleggende utryggheten inn i nye relasjoner. Det er på grunn av dette at tilknytningsteorier er helt sentrale for å forstå viktigheten av å tilrettelegge for en trygg atmosfære rundt den utsatte. Heine Steinkopf belyser hvordan “opplevd trygghet” kan forstås i artikkelen “Når uro er tegn på trygghet” (Dønnestad, 2016). “Trygghet er det rommet overveldende følelser og smerte kan komme frem i (Ibid)”. Hva som skal til for «opplevd trygghet» for pasienten er individuelt. Sykepleier og pasienten må utforske hva som er trygt for den enkelte. Ingen behandling, terapi eller tilfriskning kan bli vellykket uten at dette kritiske elementet er på plass (Bath, 2008 og Chandler, 2008). På lik linje hevder Hagen mfl. (2016, s.14) at trygge tilknytningsbånd anses som å være den viktigste beskyttelsen mot senvirkninger både for barn og voksne.

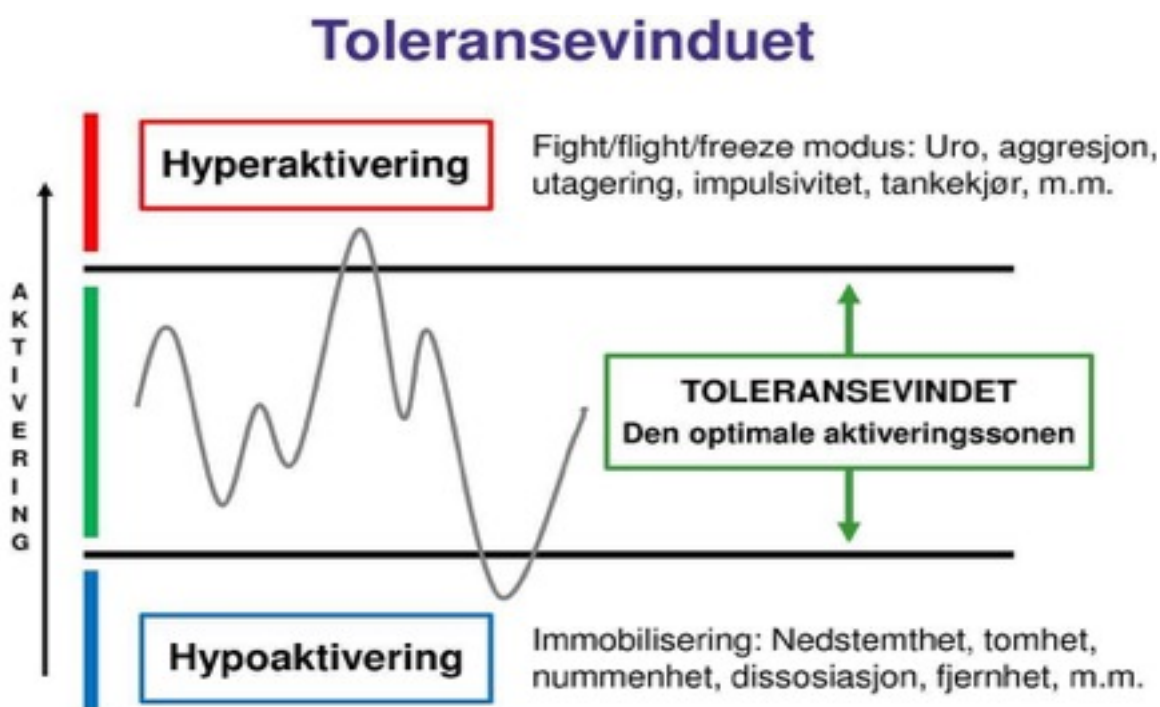
Relasjon

Trygghet henger sammen med den andre pilaren i TBO, relasjon. For sykepleiere handler det om å skape trygge og gode relasjoner til den utsatte. Ikke ulikt generell relasjonsbygging for sykepleie, men relasjonsbygging med bakgrunnskunnskap fra det nevrobiologiske perspektivet. Det innebærer at hjernen til barn som har vært utsatt for komplekse traumer har lært seg å forbinde voksne mennesker med vonde følelser (Bath, 2008). Dette kan være relevant kunnskap også i møte med voksne pasienter med slike alvorlige relasjons-utviklingstraumer (Hagen, 2016, s.63). Når utsatte ikke har fått utviklet trygge tilknytningsbånd til andre gjennom oppveksten, kan vedkommende som voksen ha vanskeligheter med å forstå og tro på at sykepleieren eller andre vil en vel. Tilliten kan være svekket. Dermed kan det ta tid å etablere denne tilliten, men klinisk erfaring og forskning er langt på vei enig at kvaliteten i relasjonen er viktigere enn hvilke metoder som blir brukt. Likevel hevder Andersen (2014, s. 59-60) at det å være trygge på hverandre og ha tillit til at egne opplevelser og følelser blir tatt på alvor er av vesentlig betydning.

Coping

Coping, eller mestringsstrategier, innebærer evnen til å regulere følelser og impulser. Motsetningsvis vil som oftest utsatte enten ha tapt denne evnen, eller ha dårlig utviklet følelsesregulering, tidligere forklart gjennom å ha et smalt toleransevindu. De kan dermed få store utslag på en rekke normale reaksjoner, eksempelvis at frustrasjon blir til et voldsomt sinne. Disse utslagene kan være uforståelige, både for personen selv og andre rundt, og det er her toleransevinduet kan være et nyttig verktøy. Den delen av hjernen som er identifisert til å være mest involvert i å håndtere og regulere følelser, er også den delen av hjernen som er mest plastisk og mulig å endre. Dette viser at også voksne pasienter kan lære seg nye måter og mestre følelser på (Bath, 2008). Som sykepleiere er målet som nevnt å utvide toleransevinduet til den utsatte med å få kontroll på egne følelser, og hente seg inn igjen når man er utenfor for toleransevinduet sitt.

Figur 1. Toleransevinduet (Nordanger, 2014, s. 49)



Dag Ø. Nordanger, 2014 (Tilpasset etter Ogden, Minton & Pain, 2006)

Det er forskjellige tilnærminger som kan benyttes for å hjelpe pasienten til å utvide og/eller komme tilbake til den optimale sonen for aktivering. Bath (2008) hevder at det å samregulere med pasienten er en god tilnærming. Det innebærer å forstå at slike overveldende følelser er en type mestringsstrategi for den utsatte og ta hensyn til det når man fortolker adferd. Videre innebærer det at den utsatte blir vist gjennom beroligende kroppsspråk, stemmeleie og ord, at fagpersonen tåler situasjonen og disse følelsene (Andersen, 2014, s.62). Dermed kan den utsatte etterhvert speile fagpersonens reaksjon og oppleve støtte og nærhet. Det å hjelpe pasienten til å sette ord på vanskelige følelser når de oppstår har vist seg å ha en direkte beroligende effekt på disse følelsene (Bath, 2008, Phanichrat & Townshend, 2010). Videre kan det å uttrykke følelsene sine også ha en positiv effekt på immunsystemet (Sigurdardottir & Halldorsdottir, 2013). Hagen (2016) belyser imidlertid at det å oppmuntre til økt mestring ved å utvide toleransevinduet sitt er u hensiktsmessig hvis det skjer for tidlig. Hvis det er for tidlig kan det resultere i at pasienten mister fokus eller ikke klarer å være i situasjonen her og nå. Det er tegn på stressnivået øker og pasienten kan forsvinne ut av toleransevinduet sitt. Muligheten for å lære seg noe nytt svekket og pasienten får ikke en opplevelse av mestring (Ibid). Sykepleieren må observere og utforske pasientens grenser i

samarbeid med pasienten.

Hagen (2016) uttrykker videre at kompetansebristen hos helsepersonell, som følge av mangelfull kunnskap om konsekvenser av tidlige alvorlige utviklings- og relasjonstraumer, er at mange ikke ser sammenhengen mellom slike uhensiktsmessige mestringsstrategier og tidligere erfaringer med seksuelle overgrep. Dette kan også gjelde pasienten selv, at pasienten er uvitende om ens egne stressresponser og/eller sensoriske behov (Chandler, 2008). Sykepleier må støtte og anerkjenne pasienten i å bli kjent med og tydeliggjøre egne grenser, *før* de kan utvide dem. Dette fører oss til Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng og dets effekt på mestring av hverdagslige utfordringer.

3.4 Sykepleie i et helsefremmende og salutogent perspektiv

I artikkelen «betydningen av den salutogene modell for sykepleie» konkluderer Langeland (2012) at Antonovskys teori har et fruktbart utgangspunkt for sykepleiere da den fokuserer på helse med utgangspunkt i hva det er som gjør at mennesker lykkes med å mestre hverdagslige utfordringer og bevarer god helse til tross for traumatiserende hendelser tidligere i livet. Det innebærer blant annet at salutogenese er et positivt helsebegrep som ikke definerer god helse som fravær av sykdom eller symptomer, men fokuserer på personen og personens opplevelse og historie fremfor diagnosen. Som motsetningsvis er sentralt i patogenesen (Antonovsky, 2012). Antonovskys viktigste funn er at helse, mestring og velvære er nært knyttet til hvordan vi opplever sammenheng i livet. Forutsetning for å ha opplevelse av sammenheng baserer seg på tre hovedkomponenter, herunder forståelighet/ begripelighet, håndterbarhet og mening (Ibid). Til sammen utgjør disse hovedbegrepet «opplevelse av sammenheng» (heretter kalt OAS). Den første komponenten «forståelighet» henviser til i hvilken utstrekning man oppfatter stimuli fra ens indre eller ytre omgivelser som kognitiv forståelige. At de utfordringene man møter kan man forklare og sette i sammenheng. Den andre komponenten «håndterbarhet» handler om evnen og muligheten til å påvirke egen situasjon og omgivelsene. At ressurser er tilgjengelige slik at en kan møte de kravene disse stimuli setter. Den tredje og siste komponenten «meningsfullhet» handler om i hvilken utstrekning kravene føles utfordrende og verdt å investere i (Ibid). Dette synes å være den viktigste komponenten fordi den er svært knyttet til følelser og motivasjon. Sykepleier kan være en «katalysator» i søken etter mening (Helgesen, 2016, s.128).

Sentralt for å utvikle en sterkere OAS er dynamisk samspill med generelle motstandsressurser (heretter kalt GMR). Antonovsky (2012) mente at viktige GMR er jeg-styrke, kulturell stabilitet og sosial støtte. Studier viser at sosial støtte er den viktigste faktoren og særlig i en terapeutisk prosess når den voksne på ny får muligheten til å integrere traumene, og at sykepleiere kan ses på som en GMR (Chandler 2008, Langeland, 2012). Fra et sykepleieperspektiv kan man tilrettelegge for at utsatte selv kan fremme sin egen helse via OAS og salutogen tilnærming. Helgesen

Den salutogene modellen er en generell teori, og det betyr at å arbeide innenfor en salutogen referanseramme innebærer at en må bruke andre, mer spesifikke teorier eller teknikker som kan belyse og utdype handlingsrommet. Salutogen tenkning kan være en overgripende og sammenholdende teori som skaper helhetlig menneskesyn. Langeland (2012) hevder dette kan bidra til å alminneliggjøre psykiske helseproblemer.

3.5 Lov og etiske retningslinjer

Mestring og egenomsorg er underforstått som viktige helsepolitiske mål både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (2011) og i folkehelseloven (2011) (Kristoffersen, 2016). Lov om folkehelsearbeid (2011) vektlegger at helsepersonell arbeider helsefremmende. Det betyr at søkelyset skal rette seg mot andre faktorer enn en gjør i det forebyggende arbeidet og at helse er mer enn fravær av sykdom. Som et ledd i egenomsorg og mestring inngår brukermedvirkning som et viktig prinsipp (Ibid). Informasjon og kunnskap er en forutsetning for brukermedvirkning. Ikke bare fremgår det av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 2.4 at sykepleieren har ansvar for å *«fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2016)»*. Retten til informasjon er også lovfestet (pasient- og brukerrettighetsloven 1999, § 3-2).

Det følger videre at “sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2016, pkt.2).

4.0 Drøfting

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i nære relasjoner.

Funnene i artiklene vil bli drøftet opp mot relevant fag- og forskningslitteratur.

4.1 Sykepleiers faglige kompetanse er sentral for å hjelpe overgrepsutsatte

Det er stor enighet om at sykepleierens kunnskap vedrørende økt prevalens og konsekvens av seksuelle overgrep er nøkkelen for å skape helsefremmende omgivelser og tiltak for pasienter med overgrepshistorie (Chandler, 2008; Chernomas & Mordoch 2013; Hagen, 2016; Phanichrat & Townshend, 2010; Sigurdardottir & Halldorsdottir, 2012). Sykepleiere er de som bruker mest tid med pasientene og vil trolig være de som er best egnet til å ta de første vurderingene (Chernomas & Mordoch, 2013). Likevel kommer det fram at sykepleiere mangler kunnskap om senvirkninger av seksuelle overgrep og hvordan de kan møte disse pasientene på en traumebevisst og helsefremmende måte. Kunnskapsmangel fører videre til at sykepleierne synes det er ubehagelig å ta opp og snakke om seksuelle overgrep. Usikkerhet om hvordan man skal formulere spørsmålene og følge opp når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep er en årsak til at sykepleierne vegrer seg (Steine et al 2012, Chernomas & Mordoch 2013). Det kommer fram at sykepleiere ikke vet hva de eventuelt skal gjøre med informasjonen og hvordan de skal forholde seg til informasjonen i samtale og relasjon til pasient. Flere årsaker er frykt for retraumatisering og frykt for å rippe opp i noe som pasienten ikke er klar for å snakke om. Noen av sykepleierne i studien til Chernomas & Mordoch (2013) fremhever eksempelvis at det er utfordrende når pasienter er innlagt med en diagnose og/eller konkrete senvirkninger uten eksplisitt årsak. Til tross for at studien tar opp viktige og vanskelige vurderinger for sykepleiere i møte med utsatte, hevder Anstorp og Benum (2014, s. 26) at detaljerte samtaler om selve overgrepet ikke er nødvendig. Det kan være tilstrekkelig å vite at sterke mentale og kroppslige signaler om frykt, sinne, uro, nummenhet og sorg taler om å ha opplevd mer enn det man har maktet å forholde seg til (Ibid). Det innebærer at sykepleier ikke bør fokusere på årsak i første omgang, men la det gå på pasientens premisser. Dette understøttes av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pkt.2. Sykepleier ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er også viktig å være klar over at pasienter utsatt for seksuelle overgrep rapporterer om følelser som skam, skyld og frykt for å ikke bli trodd

(Sigurdardottir & Halldorsdottir 2012, Chernomas & Mordoch 2013, Hagen 2016). Det betyr at sykepleier bør være sensitiv på at noe kan ha skjedd, og at dette «noe» trenger tid til å bli forstått og snakket om. Dette støttes videre av Bath (2008) hvor han vektlegger at trygghet, tillit og relasjon er faktorer som kan være helsefremmende uavhengig av årsak til selve lidelsen(e). Det argumenteres likevel at sykepleiere bør ha kunnskap om sammenhenger mellom symptomer og traumer, herunder seksuelle overgrep, slik at sykepleiere eventuelt er egnet til å respondere med støtte og omsorg (Chernomas & Mordoch, 2013). . Dette bringer oss inn på hvordan sykepleier kan gi traumebevisst omsorg til overgrepsoffer.

4.2 Hvordan kan sykepleier gi traumebevisst omsorg?

Traumebevisst omsorg tar sikte på å dekke kunnskapshullene belyst overfor og tydeliggjør at sykepleiere ikke skal ha fokus på lidelsen eller diagnosen til pasienten. Dette er i tråd med Antonovskys salutogenese tankegang og hvordan Langeland (2012) mener sykepleier kan bruke den salutogene modellen som et verktøy i sitt arbeid. Selv om det kommer frem i flere studier at sykepleier trenger faglig undervisning om traumebevisst omsorg og veiledning til å gjennomføre dette i praksis, viser også studier og litteraturen at de tre grunnpilarene til TBO er elementære i helbredelsesprosessen og er lett anvendelig for alle som jobber med traumatiserte mennesker (Chandler 2008, Bath 2008, Chernomas & Mordoch 2013). Det er imidlertid viktig å presisere at TBO fungerer som en forståelsesramme og at alle pasienter er ulike, alle responderer forskjellig på stressende belastninger og noen kan trenge mer spesialrettet terapi og behandling (Bath, 2008). Likevel er sykepleier spesielt egnet til å gi TBO til voksne pasienter med psykiske senvirkninger av seksuelle overgrep (Chandler 2008, Chernomas & Mordoch, 2013, s.646). Så hvordan fungerer traumebevisst omsorg i praksis?

Bath (2008) viser at «opplevd trygghet» kan være det første og viktigste man må skape for pasienter som har vært utsatt for utvikling- og relasjonstraumer. Howard Bath (RVTS Sør, 2016) presiserer videre at det handler om en “følt trygghet”, en subjektiv følelse av å føle seg trygg. Hva som skal til for slik følelse er individuelt og sykepleier må utforske hva som er trygt for den enkelte. Imidlertid legger Bath (2008) vekt på at det forutsetter forutsigbarhet, empati, ærlighet og åpenhet fra

sykepleierens side i samarbeid med den utsatte pasienten. Det innebærer at sykepleier viser evne og vilje til å stå i pasientenes opplevelser og reaksjoner. En måte sykepleieren kan gjøre dette på er gjennom å lytte og være tilgjengelig. Sykepleierne i studien til Chernomas & Mordoch (2013) bekrefter dette. Det å lytte, støtte, validere pasientens historie og opplevelser kan i første omgang være nok for å skape trygge omgivelser. Sykepleier kan formidle at hun er tilgjengelig for pasienten når pasienten skulle trenge det. Slik visshet kan gi et lidende menneske en grunnleggende trygghet om at han/hun ikke er alene med lidelsen (Kristoffersen, 2016, s.205). Det er i tråd med mine egne erfaringer fra psykiatrisk praksis. Det er vanskelig å snakke om seksuelle overgrep og vite hva som kan være en trygg tilnærming. Frykt for å skade og trigge pasientene var grunnen til usikkerhet om å nærme seg temaet i det hele tatt. Vi som studenter fikk erfare at de fleste pasienter godtar at man ikke nødvendigvis er ekspert på området. Enkelte har bare behov for å fortelle sin historie og oppleve at noen orker å høre. Sykepleier og annet helsepersonell bør tenke mer positivt rundt følelsesutbrudd og smerte (RVTS Sør, 2012). Man må kunne stå i ubehagelige følelser og møte de ubehagelige følelsene. Trygghet er det rommet følelser og smerte kan komme frem i (Ibid). Det er viktig at å reflekterer over pasientens atferd (Jørgensen & Steinkopf, 2013). Ved å reflektere kan atferden kanskje hensiktsmessig forstås som et forsøk på å regulere redsel og sinne, eller at selvskadingen er et forsøk på å glemme vonde minner. Gjør sykepleieren dette, kan sykepleieren være langt på vei i å tilrettelegge for trygge omgivelser.

På den andre siden tar sykepleierne i studien til Chernomas & Mordoch (2013) opp aspektet om tid og mangel på sådan. Det var viktig for sykepleierne at det ble satt av nok tid og at de gikk nøye frem og det kan være utfordrende i dagens tidsklemme. Man ønsker ikke få pasienten til å fortelle historien sin for deretter si “jeg må desverre gå videre, men kommer tilbake senere”. Det å skape trygge omgivelser forutsetter tid, noe sykepleierne i studien ikke alltid hadde (Chernomas & Mordoch, 2013). Dette kan videre medføre at sykepleierne går forsiktig frem i møte med pasienter med overgrepshistorie fordi man ser at tiden ikke strekker til. Dette kan mistolkes av pasienten og understøtte følelsen av å ikke bli sett og/eller være til bry. Pasienten kan også merke om sykepleieren er tilgjengelig eller ikke. På den andre siden kommer det frem at ferdigheter som å lytte, validere og støtte kan ha like stor terapeutisk virkning selv om tiden er knapp (Ibid). Det stemmer godt overens med egen erfaring. En samtale kan være god og inngi tillit til tross for begrenset med tid. I tillegg belyste sykepleierne viktigheten av å tydeliggjøre tidsrammen. Hvis pasienten skal være innlagt i to uker, må sykepleierne i samråd med pasienten finne ut hvordan man

skal bruke tiden best mulig (Chernomas & Mordoch, 2013).

En annet perspektiv belyser at «opplevd trygghet» kan tilrettelegges gjennom at pasientene blir tilegnet passelig makt og kontroll over sine omgivelser når det er praktisk mulig (Bath 2008). Noen av pasientene hevder at det å kunne gjøre noe selv for å påvirke sin situasjon virket helsefremmende og har bidratt positivt i deres tilfriskningprosess (Phanichrat & Townshend 2010, Stige et al. 2013). Sykepleier kan dermed tilrettelegge for at pasienten får en aktiv rolle i sin egen prosess. Slik forventning kan være med å skape trygghet for pasienten fordi det innebærer at noen har tiltro til at man faktisk mestrer situasjonen. Antonovsky (2012) sin metafor om «helse i livets elv» kan forstås som hensiktsmessig virkemiddel for sykepleieren i denne situasjonen. Alle mennesker er i elven som er livets elv og ingen kan stå trygt på elvebredden. Vannet i elven er alltid i bevegelse, og det kan være alt fra rolige strømninger til virvelstrømmer. Ved å bruke metaforen om livets elv kan sykepleier vise hvordan helse handler om å «svømme på best mulig måte». Det kan føre til at pasienten aksepterer sine egne opp- og nedturer i livet, og følgende fokusere på hvordan en på best mulig måte aktivt kan tilpasse seg de ulike påkjenninger og utfordringer (Langeland, 2012). Imidlertid er det viktig å nok en gang presisere at alle pasienter er forskjellige. Det som fungerte i møte med den ene pasienten, fungerer ikke nødvendigvis for den andre pasienten. Sykepleieren må utforske hva som er trygt for den enkelte (Bath, 2008).

TBO har like mye fokus på den som gir omsorg sin fungering til den som mottar. Det fremgår av Jørgensen & Steinkopf (2013) at personer som ønsker å jobbe traumebevisst må tåle å se innover i seg selv. Det innebærer at hvis sykepleiere skal kunne gi trygghet og regulere andre, må sykepleieren være trygg og selvregulert selv. Jørgen & Steinkopf (2013) uttrykker at det betyr en trening i evnen til å bevare ro og ha tilgang til sine egne ressurser når det står på som verst. Det kan forstås dithen at sykepleier gir trygghet når sykepleier er trygg selv. For at sykepleier skal kunne føle seg trygg, trenger hun blant annet kunnskap, som nevnt i pkt. 4.1.

4.3 Sykepleiers rolle i å fremme relasjoner, sosial støtte og nyorientering for pasienten

Gjennom «opplevd trygghet» jobber sykepleieren med å skape trygge tilknytninger og relasjoner (Bath 2008). Trygghet og tillit er grunnleggende for at god relasjon skal kunne utvikle seg. Relasjonsbygging i TBO tar sikte på kunnskapen om den tredelte hjernen og hjernen som bruksavhengig (Bath 2008, Hagen 2016, s.63). Det innebærer at hjernen til mennesker som tidligere har vært utsatt for overgrep i barndommen, herunder amygdala, hjernens alarmsystem, og kroppen forøvrig, reagerer negativt i samspillet med andre mennesker. Pasientene kan ha vanskeligheter med å tro at relasjonen med sykepleier er ufarlig, nettopp fordi tilknytningen pasienten som barn hadde til sine omsorgspersoner var farlig og utrygg.. Det er bred enighet om at gode relasjoner til andre mennesker, herunder sosial støtte og nettverk utgjør viktige buffere mot psykiske påkjenninger og er avgjørende mot daglig fungering og mestring av senvirkninger (Chandler 2008, Phanichrat & Townshend 2010, Langeland 2012, Antonovsky 2012, Stige et al. 2013, Andersen 2014, Hagen 2016).

I Antonovsky (2012) terminologi, kan mestring skapes via hovedbegrepet opplevelse av sammenheng (OAS), og det dynamiske samspillet med generelle motstandsressurser (GMR). Sosial støtte er en GMR, og selv om ikke sykepleie er eksplisitt definert i den salutogene modell, kan sykepleier sees på som en GMR (Langeland, 2012, s.40). Sosial støtte består blant annet av emosjonell støtte, informerende støtte og instrumentell støtte og forskning viser at sykepleieren har en viktig rolle i alle de tre kategoriene (Kristoffersen, 2016). Sykepleiere er spesielt godt egnet til å gi emosjonell- og informerende støtte. Både ved å trøste og hjelpe for å lindre nedstemthet, angst og håpløshet, men også for å gi innsikt, råd og forslag. Bare det å være tilgjengelig ved behov kan være tilstrekkelig (Ibid). Sosial støtte er også en stress-buffer, og det å vite at man har støtte fra familie, venner og fagpersoner har statistisk sett også positive effekter på immunforsvaret (Sigurdardottir & Halldorsdottir). Imidlertid har mennesker forskjellige behov når det kommer til sosial støtte, noe sykepleier bør fokusere på. Sykepleier kan ved hjelp av samtale og veiledning kartlegge personens egne ønsker og behov. På denne måten kan sykepleier og pasienten finne et felles mål å arbeide mot og samarbeide med å finne pasientens muligheter og pasientens allerede eksisterende sosiale nettverk (Helgesen, 2017).

På den andre siden er ikke all sosial støtte helsefremmende. Det å bli utsatt for seksuelle overgrep innebærer krenkelse av egne grenser og integritet. Hagen (2016, s. 32-33) belyser at utsatte ikke har lært når det er riktig å si «nei» og blir dermed lettere utnyttet av andre. De klarer ikke sette grenser

for seg selv og kan i stedet “please” andre eller overgi seg selv. Det innebærer at pasienten kan ha flere usunne relasjoner og er i stor risiko for å bli re-traumatisert. For eksempel gjennom nye overgrep. Det er dermed viktig at sykepleier i samråd med pasient veileder og observerer pasients nettverk og dennes svake og sterke sider. Noen pasienter kan trenge å få innsikt i sine relasjoner. Slik skapes mer varige løsninger og pasienten får hjelp til selvhjelp (Helgesen, 2016, s.154) Før kartleggingen av nettverket bør sykepleieren fortelle pasienten om hensikten med arbeidet, at hun har taushetsplikt og at personen selv må samtykke i kartleggingen (Ibid). Videre er det viktig å presisere at det ikke er antall personer heller ei hvor hvor ofte man har kontakt som er avgjørende, men at det er en iboende trygghet og tillit til at egne opplevelser og følelser blir tatt på alvor av den andre (Andersen, 2014, Hagen, 2016).

Egoidentitet, jeg-styrke, er en annen sentral GMR (Langeland, 2012, s. 42). Her trekkes pasientens kunnskap frem som en medvirkende faktor som fremmer nyorientering og egoidentitet. Kunnskap gir innsikt og forstås som kognitive ressurser jf. Antonovskys komponent «forståelighet» og styrker OAS. Pasientene i Stige et al. (2013) understøtter dette. Sykepleier kan ha en viktig veiledende rolle, og Chandler (2008) kom frem til at deling av informasjon var avgjørende for å hjelpe pasientene med å få tryggere tilknytningsbånd til mennesker. Det at pasienten får vite at hjernen kan trenes til endring, at den er plastisk, kan hjelpe pasienten til kognitivt å knytte mening til det hun har opplevd. I tillegg styrker det også biologisk aktivitet i prefrontal cortex (Nordanger, 2014). Stimulering, i denne sammenheng informasjon, styrker hjernen og det voksne selvet. En pasient fra studien til Stige et al. (2013) erfarte at kunnskap om traumerelaterte symptomer forandret måten hun så seg selv og sine symptomer. Hun var ikke klar over at alle symptomene var symptomer. Når hun skjønnte at alt var tilknyttet hverandre følte hun seg lettere til sinns.

På den andre siden er det viktig å være klar over at pasienten vil veksle mellom vilje til nyorientering og fortvilelse over den situasjonen som rammet pasienten. Nettopp fordi det krever slik aktiv følelsesmessig bearbeiding fra pasientens side, som kan innebærer følelser som frustrasjon, stressreaksjoner og uhensiktsmessige mestringsstrategier. Det kan det være nyttig å ha en samtalepartner og sykepleier kan fylle denne rollen godt (Kristoffersen, 2016, s. 265).

Kristoffersen (2016, s. 266) trekker videre frem at realistisk informasjon er nødvendig for at pasienten skal kunne forberede seg på situasjoner og reaksjoner som pasienten må gjennomgå. Det må ikke forstås som at sykepleieren på eget initiativ i enhver sammenheng skal spørre og dele

kunnskap om tidligere traumer og dets konsekvenser, men at sykepleier skal være sensitiv på muligheten til behov for slik informasjon. Dette understøttes av Stige et al. (2013). Selv om ny kunnskap var en viktig komponent for alle 13 deltakere, var måten den nye kunnskapen ble tilegnet på forskjellig. Mens noen deltakere fikk innsikt i sammenheng med relasjoner med sine nærmeste, erfarte andre at samspillet med andre pasienter hjalp dem med ny forståelse. Noen nådde en ny forståelse gjennom informasjon og kunnskap fra internett, helsepersonell, eller andre personer i sitt nettverk. Et fellestrekk ved disse erfaringene var imidlertid at deltakerne følte seg «empowered» (Ibid). Informasjon skaper større grad av sammenheng, hendelser blir forståelige og bevisste valg kommer mer i fokus. Det å kunne ta bevisste valg fremmer ikke bare opplevelse av mestring og identitet men forbedrer også relasjon til andre mennesker (Stige et al, 2013). Først når sykepleier har etablert trygghet, tillit og relasjon med den utsatte kan bevisstgjøring av helsefremmende mestringsstrategier skje.

4.4 Sykepleiers rolle i å fremme positive mestringsstrategier

Hovedmålet for en salutogen tilnærming er å øke evnen til å håndtere helseutfordringer i hverdagen (Langeland, 2012). Mestring og egenomsorg er også implisitt som viktige helsepolitiske mål både i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m og i folkehelseloven (Kristoffersen, 2016). Et viktig sykepleiefokus blir dermed å hjelpe pasienten til å mestre hverdagslivet ved ulike helseproblemer herunder styrking av pasientens ressurser.

Coping, eller mestringsstrategier, er i følge TBO evnen til å regulere følelser og impulser. Overgrepsutsatte kan som nevnt ha dårlig utviklet følelsesregulering, forklart gjennom smalt toleransevindu (Nordanger 2014, Hagen 2016). Dette kommer av hjernens utvikling og mangel på kunnskap. En pasient har behov for sykepleie når det reageres med slik ineffektiv respons, og sykepleierens funksjon består i å påvirke stimuli slik at personen kan reagere med mer effektive responser. Det å tilrettelegge for at pasienten holder seg innenfor toleransevinduet sitt, slik at situasjonen oppleves mer forståelig, håndterbar og meningsfull, er en viktig innfallsvinkel til de fleste sykepleiesituasjoner i møte med overgrepsutsatte (Langeland 2012).

Andersen (2014) hevder at det innebærer for sykepleieren å vise gjennom kroppsspråk, stemmeleie og ord at hun/han tåler situasjonen og de ineffektive responsene. De ineffektive responsene kan eksempelvis være aggresjon, uro, nummenhet og distansert. Nordanger (2014) hevder ytterligere at

det innebærer at man finner løsninger som pasienten kan makte og som samtidig forsøker å utvide toleransevinduet, mens Bath (2008) hevder at det innebærer at fagpersonen er villige til å «samregulere» med pasientene når følelsene blir overveldende. Det trekkes videre frem eksempler som at mindfulness eller oppmerksomt nærvær også kan ha samme funksjon (Bath, 2008). Det legger grunnlaget for at det er flere tilnæringsmåter sykepleier kan benytte seg av rettet mot det å lære mennesker å regulere følelser. Det er imidlertid enighet om at tilnærmingen må lære den voksne pasienten å reflektere over egne opplevelser, lære seg aktiv lytting og sette ord på følelser. En sentral sykepleieoppgave er å være en god samtalepartner og veileder, og balansere mellom det å lytte empatisk til problemer og ha oppmerksomhet på å styrke ressurser (Langeland, 2012). I samtaler er det rom for sykepleier å hjelpe pasient til å sette ord på følelser, og i slike terapeutiske samtaler handler det ofte om å veksle mellom å stille åpne spørsmål og gi svar. Åpne spørsmål kan for eksempel være i dette tilfellet være: «Kan du si litt mer om hvordan det føltes ... Hvordan opplevde du...» osv. Ord skaper forståelse og forståelse gir nye ord igjen. Nordanger (2014) trekker også frem hvordan selve toleransevinduet som verktøy kan brukes for å sette ord på følelser. Begreper som «var du utenfor toleransevinduet ditt?» kan gjøre det enklere å enes om ubehagelige følelser og atferdsmønster, uten at det skaper konfrontasjon.

En annen måte sykepleier kan hjelpe pasienten å regulere følelser på, er å gi informasjon. Det er gjort rede for at kunnskap er viktig for å skape gode og trygge relasjoner, men kunnskap og ferdigheter vil også kunne føre til mer hensiktsmessige mestringsstrategier for pasienten. Det er mangelfull kunnskap og innsikt som legger grunn for de passive og unnnvikende mestringsstrategiene og som er assosiert med psykiske lidelser/senvirkninger (Phanichrat & Townshend, 2010). Disse strategiene inneholder blant annet selvskadende atferd, narkotikamisbruk, selvmordsforsøk, dissosiasjon, unngåelse, verdiløshet, PTSD. Sykepleier må forstå at slike lidelser og/eller reaksjoner er et resultat av at pasienten ikke har fått hjelp til å integrere traumene. Det er viktig at de blir respektert og ikke sykeliggjort. Sykepleiere må se hele personen og ikke bare diagnosen (Anstorp & Benum, 2014). Sykepleier kan vise dette ved å eksempelvis gi informasjon om at forskning viser at det å sette ord på følelser faktisk har en direkte beroligende effekt på følelser i hypo- og hyper-aktivert tilstand, og videre en positiv effekt på immunsystemet (Bath 2008, Phanichrat & Townshend 2010, Sigurdardottir & Halldorsdottir 2013).

Pasientene i Stige et al (2013) trekker frem at det å kunne relatere til sine symptomer i stedet for å

ignorer dem, altså skjønne hvorfor de er der, hjelp de til nettopp dette. Det handler om å ha kunnskap til å erkjenne at «traumene ikke skjer her og nå» slik at det blir lettere for pasienten selv å holde seg innenfor toleransevinduet sitt. Informasjon og kunnskap er en forutsetning for å ivareta og fremme egen helse. I Antonovskys teori handler dette om «håndterbarhet» og evnen til å håndtere, anerkjenne og påvirke egen situasjon. Det kommer følgende frem i studien til Phanichrat & Townshend (2010) at overgrepsutsatte har viktige roller i sin egen prosess for tilfriskning og mestring, der eliminering av symptomer ikke er avgjørende, men det å finne en vei gjennom livet som gir mening. Det at sykepleier anser stress som potensielt helsefremmende, er både noe den salutogene modellen og noe traumebevisst omsorg støtter seg på. Det handler om å være klar over at stress og belastning reageres med spenning, men at spenning kan være en hensiktsmessig reaksjon. Den kan ha negative, nøytrale eller helsefremmende effekter. Sykepleieren kan også her bruke metaforen om livets elv. Symptomer kan komme og gå og noen ganger være allestedsnærværende, men pasienten må fokusere på de strategiene som gjør at en «svømmer bra». Det er på denne måten en øker grader av helse. Sykepleier kan tilrettelegge for slike praktiske ferdigheter for å mestre situasjonen. Kontroll over og kontakt med egne reaksjoner reduserer pasientens opplevelse av trussel, skam og skyld og øker sannsynligheten for at pasienten velger en hensiktsmessig mestringsstrategi (Chandler 2008, Phanichrat & Townshend 2012, Stige et al. 2013).

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos voksne pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep i nære relasjoner.

Mine funn viser at mange voksne pasienter sliter med langvarige, alvorlige, kompliserte og smertefulle fysiske, psykiske og sosiale senvirkninger etter å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i barndommen. Det er dermed høyst sannsynlig at sykepleier vil kunne møte overgrepsutsatte i alle ledd i helsevesenet. Imidlertid kommer det frem at sykepleiere og øvrig helsepersonell har mangelfull kunnskap når det gjelder senvirkninger av seksuelle overgrep. Det råder stor enighet om at kunnskap er nøkkelen til helsefremmende omgivelser for denne pasientgruppen.

Traumebevisst omsorg bygger på kunnskap om at krenkelses og opplevelser i barndommen kan påvirke hjernens utvikling. Denne litteraturstudien viser at sykepleier er godt egnet til å gi traumebevisst omsorg og fremme mestring hos pasienter med senvirkninger etter seksuelle overgrep. For sykepleiere handler det om å være bevisst på at hjernen er bruksavhengig og at seksuelle overgrep kan ha forårsaket endringer i kropp, sinn og nervesystem. Ved å fremme trygghet, tillitsfulle relasjoner, “coping” og opplevelse av sammenheng kan sykepleier bidra til at pasienter føler mestring og øker grader av helse. Den plastiske hjernen kan trenes til bedring. Følgende kan sykepleier benytte seg av “toleransevinduet” og “svømme i livets elv” som metaforer for å gjøre pasienten bedre rustet til å møte livsutfordringer som følge av seksuelle overgrep.

Senvirkningene kan ikke ses enkeltvis, da senvirkningene gjerne går over i hverandre og påvirker alle deler av den overgrepsutsatte sitt liv. Det er nødvendig at sykepleier fokuserer på pasienten og pasienten opplevelser og historie fremfor diagnosen. Pasienten kan ha normale reaksjoner på unormale hendelser og god helse er ikke bare fravær av sykdom.

6.0 Litteraturliste

Andersen, I. L., & Søftestad, S. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn – traumebevisst tilnærming*.

Oslo: Universitetsforlaget

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*.

Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming Children and Youth, 17(3), 17-21*.

Blindheim, A. (2012). Ettervirkninger av traumatiske hendelser i barndom og oppvekst. NOU 2012: nr 5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, Oslo.

Bufdir (2015). *Seksuelle overgrep mot barn*. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Seksuelle_overgrep_mot_barn/

Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to trauma-informed treatment: Transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(5), 363–371. doi:10.1177/1078390308326625.

Chernomas, W.M. & Mordoch, E. (2013). Nurses' Perspectives on the Care of Adults with Mental Health Problems and Histories of Childhood Sexual Abuse. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(9), s. 639-647. doi: 10.3109/01612840.2013.799721.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter, 5.utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter, 5 utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dønnestad, E. (2016, 21. februar). *Når uro er trygghet*. Hentet fra: <https://rvtssor.no/aktuelt/18/nar-uro-er-tegn-pa-trygghet/>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, may;14(4):245-58. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>
- Hagen, M.B., Da Silva, A.B. & Thelle, M.I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid- fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hagen, M.B. (2016). Traumebevisst miljøterapi. I M.B. Hagen, A.B. Da silva & M.I. Thelle (Red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 27-44). Oslo: Universitetsforlaget
- Helgesen, A.K. (2016). Sosial kontakt. I G.H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie 3 - pasientfenomener, samfunn og mestring, 3 utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk,
- Hjemdal, O. K., & Thoresen, S. (2014). Vold og voldtekt i Norge. *En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (NKVTS Rapport nr. 1, 2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>
- Jørgensen, T.W. & Steinkopf, H. (2013). Traumebevisst omsorg, teori og praksis. Hentet fra: https://rvtssor.no/filer/dokumentarkiv/31032017_traumebevisstomsorgteoriogpraksis.pdf
- Kristoffersen, J.N. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G.H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener, samfunn og mestring, 3.utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. (2016). *Dissosiativ identitetslidelse*. Store norske leksikon. Hentet fra: https://sml.snl.no/dissosiativ_identitetslidelse.

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet 13.02.19).
- Nordanger, D.Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp & K. Benum (Red.). *Traumebehandling; komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 39-51). Oslo: Universitetsforlaget
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 7, 2014, side 530-536*. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Nordland Politidistrikt (2017). *Overgrepene i Tysfjord – erfaringer og funn fra politiets etterforskning*. Tilgjengelig fra: https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/sluttrapport-tysfjord_endelig.pdf
- Orgeret, S.K. (2018). *Kildekritikk*. Hentet fra: <https://snl.no/kildekritikk>
- Pasient og-brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Polit, D. F. og C. T. Beck (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Priebe, G., Hansson, K. & Svedin, C.G. (2010). Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents. *Nord J Psychiatry. 2010;64(1):40-8*. doi: 10.3109/08039480903265769.

Phanichrat, T. & Townshend, J.M. (2010). Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19:62-78. doi.org/10.1080/10538710903485617

Redd barna (2015). Fakta om overgrep. Hentet fra: <https://www.reddbarna.no/jegerher/verktoy/fakta-om-overgrep>

RVTS Sør (2016, 21. februar). Hentet fra: <https://rvtssor.no/dette-er-oss/faggrunnlag/>

Sigurdardottir, S. & Halldorsdottir, S. (2013). Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 2013; 27; 422–432. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01049.x

SMISO, Rogaland (2014). Senter for incest og seksuelle overgrep. *Om incest*. Tilgjengelig fra: <https://www.smiso-rogaland.no/om-incest/>

Steine, I., Milde, A.M., Borvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S., (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/10/forekomsten-av-seksuelle-overgrep-i-et-representativt-befolkningsutvalg-i-norge?redirected=1> (Hentet 11.01.19).

Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I-H., Milde, A-M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep?redirected=1>

Steine I.M., Winje, D., Nordhus, I-H., Milde, A-M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Pallesen, S (2017). Hvorfor tar det så lang tid til å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk*

psykologforening. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/01/hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-fortelle-om-seksuelle-overgrep?redirected=1>

Stige, H.S., Binder, P.E., Rosenvinge, H.J. & Træen, B. (2013). Stories from the road to recovery – How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic Psychology* 2013;65(1)3-18. <https://doi.org/10.1080/19012276.2013.796083>

Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. *En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (NKVTS Rapport nr. 1, 2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (2014). *Chapter 6. Sexual violence*. Hentet fra: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf

Vedlegg 1. PICO skjema

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Hvilken pasientgruppe dreier dette seg om?	Hva er det med denne gruppen - tiltak eller risiko som du er interessert i?	Sammenligner du et eller flere tiltak	Hvilke resultater er du interessert i
Voksne pasienter med overgrepshistorie	Å gi traumebevisst omsorg		Fremme mestring og helse

Vedlegg 2. Oversiktstabell over litteratursøk

Dato	Databas	#	Søkeord	Antall	Lest	Artikler	Artikkelnr i
	e			treff	abstrakt	inkludert	oppgaven

14.01 .19	SweMed +	1	Childhood sexual abuse (2009-2019, peer-reviewed tidskrifter)	10	7	2	Artikkel nr. 5 og Artikkel nr. 6
18.01 .19	ProQuest	1 2 3	Sexual abuse AND Nursing knowledge AND mental disorders (Last 10 years, peer-reviewed)	17 207	8	1	Artikkel nr. 3
05.02 .19	OvidMed line	1 2 3 4 5 6	sexual abuse.mp. or sexual abuse/ childhood/or childhood.mp. adult survivor* mp. 1 AND 2 AND 3 experienc*.mp . 4 AND 5 Limit english language and 2009-current	147	17	1	Artikkel nr. 1

16.02 .19	Idunn		Salutogene modell	10	1	1	Artikkel nr. 2
16.02 .19	Google Scholar		trauma- informed care or approach	42, 800	4	1	Artikkel nr. 4