

Profesjonshøgskolen
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG
HELSEFAG
BACHELOR I SYKEPLEIE

SY180H 000
Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 06V
23. oktober 2009

Selvskading

Ord: 9000

Kandidatnummer: 100, 105, 114

[Pettersen, Marit-Helene
Knutsen, Heidi Anita
Grimstad, Marianne]

Til en selvskader

Merker på en arm,
som kart over et liv
du selv har valgt å leve
i svart hvitt- negativ

Skalpell, barberblad, kniv
speilbit, glass og salt
redskaper til smerte
som en lydløs straff for alt

Dine pinsler er private
det synes du å mene
men jeg vil så gjerne hjelpe
så du slipper gå alene

Presset fra en selv
er den tyngste bør å bære
håp og tusen drømmer drømt
om alt du ønsket være

Men hør meg, kjære søster
på det jeg har å si
du trenger ikke streve,
for du er alt du vil bli

Det er knivens skarphet
som gjør dronningen til narr
for du har all verdens styrke
men du bruker den på arr.

Embla



Innholdsfortegnelse

<i>Vedlegg</i>	5
<i>1 Innledning</i>	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	6
1.4 OPPBYGGING AV OPPGAVEN	6
1.5 VALG AV METODE	7
1.5.1 ETISKE OVERVEIELSER	7
1.6 LITTERATUR	8
1.7 PRAKTISK GJENNOMFØRING AV INTERVJU	8
<i>2 Teori</i>	9
2.1 SELVSKADING	9
2.1.1 Definisjon på selvskading	9
2.2 TEORETISK REFERANSERAMME	9
2.2.1 Joyce Travelbee	9
2.3 FOREKOMST	9
2.4 DET KLINISKE BILDET	10
2.5 AUTONOMI OG PATERNALISME	11
2.6 SYKEPLEIE VED SELVSKADING	11
<i>3 Behandling</i>	13
3.1 BEHANDLING I INSTITUSJON	13
3.2 MILJØTERAPEUTISKE PRINSIPPER	13
3.3 BEHANDLINGSSTRATEGIER	14
3.4 ADEKVAT SOMATISK MEDISINSK BEHANDLING	15
<i>4 Selvskading sett fra et brukerperspektiv</i>	16
<i>5 Drøfting</i>	17
5.1 TILNÆRMING I FORHOLD TIL SELVSKADING	17

5.2 MILJØTERAPI I PSYKIATRISK INSTITUSJON	19
5.3 SYKEPLEIETILTAK NÅR PASIENTEN HAR SELVSKADET SEG	20
5.4 SYKEPLEIERENS HOLDNINGER OG HANDLINGER	22
5.5 SYKEPLEIERENS BEARBEIDING AV VANSKELIGE SITUASJONER	24
5.6 ETABLERE GODE RELASJONER OG AVTALER	26
5.7 HVORDAN SYKEPLEIERE FORHOLDER SEG TIL PASIENTENS INDRE SMERTE	29
6 Oppsummering	31
Litteraturliste	32
Pensumlitteratur	32
Selvvalgt litteratur	33
Artikler	34

Vedlegg 1

Søknad om tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 2

Søknad om intervju – brev til avdelingssykepleier

Vedlegg 3

Intervjuguide

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er tre sykepleierstudenter som har valgt å skrive bacheloroppgaven sammen. I vår praksis har selvskading vært et aktuelt tema som vi ønsker å få mer kunnskap om. Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven ønsker vi å få en bedre forståelse, og mer kunnskap for å bedre kunne ivareta, gi råd og veiledning slik at pasientene kan mestre sin livssituasjon på best mulig måte.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta norsk ungdom innlagt i psykiatrisk institusjon som selvskader seg?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle selvskading blant norsk ungdom, alder 16-23 år, som selvskader seg ved kutting/risping. Vi ønsker å fokusere på ungdom fordi vi gjennom vår psykiatripraksis gjorde oss flest erfaringer med denne aldersgruppen.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Oppgavens omfang er 9000 ord. Vi har valgt å dele den inn i kapitler, der vi i kapittel 1 presenterer bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning av problemstilling. Vi gjør rede for valg av metode, og til slutt i kapittel 1 presenterer vi litteratur vi kommer til å bruke, samt beskriver gjennomføringen av intervjuet. I kapittel 2 gjør vi rede for den teoretiske bakgrunnen og belyser sentrale begrep som blir brukt under drøftingskapitelet. Vi ser også på hva sykepleiers rolle i forhold til selvskading er. I kapittel 3 beskriver vi behandlingsmetoder i institusjon, og belyser noen mestringsstrategier for ungdom som selvskader seg. I det fjerde kapitelet har vi sett på selvskading fra et brukerperspektiv. Hoveddelen av oppgaven er kapittel 5, der vi drøfter sentrale begrep vi har belyst i teori- og behandlingskapitlene. Vi trekker også frem en del egne erfaringer vi har etter vår praksis ved psykiatrisk institusjon, og opplysninger fra våre informanter. I kapittel 6 oppsummerer vi oppgaven, og ser på hvilke kunnskaper vi har tilegnet oss om selvskading, og hvordan vi kan sikre at den enkelte pasient får riktig sykepleie til rett tid. (Dalland, 2002).

1.5 Valg av metode

Vilhelm Aubert siterer metodelæren slik:

En metode er en fremgangsmåte, 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, 2002:71).

Man kan dele metodelæren inn i en kvalitativ og en kvantitativ metode. Den kvantitative metoden innebærer det som kan tallfestes, måles og settes i statistikker. Man samler inn data som kan beskrive det aktuelle temaet ved hjelp av tall. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser i større grad, og lar seg verken tallfestes eller måles. Denne oppgaven bygger på et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapssyn (Dalland, 2001).

Fenomenologi går i dybden av emnet, mens hermeneutikk går i bredden. Fenomenologi ønsker å utforske erfaringer slik de utfolder seg i bevisstheten, uten å spekulere om disse er rasjonelle eller ikke. Målet med fenomenologi er å forstå heller enn å forklare. Målet med en hermeneutisk tilnærming er å få en dypere forståelse av menneskelige erfaringer, opplevelser eller av fenomenet (Morseth, 2001).

Vi har i vår oppgave valgt å gjøre et fokusgruppeintervju med sykepleiere som jobber innenfor det aktuelle fagområdet. Vi fikk godkjent temaet av veileder, og søkte Høgskolen om tillatelse til innhenting av data (vedlegg 1). Deretter skrev vi brev til avdelingslederen der vi forespurte om dette lot seg gjennomføre (vedlegg 2). Vi gjorde avdelingslederen kjent med at navn ville bli anonymisert, og at intervjuet ville bli tatt opp på bånd, men slettet i etterkant. Intervjuguide (vedlegg 3) lagde vi til slutt (Dalland, 2002).

1.5.1 Ethiske overveielser

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet, skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler (Dalland, 2002:215).

I vårt arbeid med bacheloroppgaven er det viktig at vi reflekterer over planleggingen og hvordan vi formidler resultatet av datasamlingen. De involverte i prosjektet har rett til å få vite hvordan vi tenker å presentere innholdet i bacheloroppgaven, samt at de er orientert om at alle data blir anonymisert og opptaket vil bli slettet etter bruk.

1.6 Litteratur

For å ha et best mulig utgangspunkt for bacheloroppgaven vår har vi brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har i hovedsak brukt primærlitteratur. I tillegg har vi brukt fire forskjellige forskningsbaserte artikler (Dalland, 2002).

1.7 Praktisk gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuet gjorde vi en avtale med avdelingslederen om tid og sted. Vi møtte på avdelingen litt før kl 14.00, og ble tatt godt imot. Vi presenterte oss, og snakket litt løst og fast før intervjuet startet. Informantene var flink å fortelle, og vi følte vi fikk gode svar på de spørsmålene vi stilte. Intervjuet ble avsluttet 14.40, uten noen form for avbrytelser (Dalland, 2002).

2 TEORI

2.1 Selvskading

2.1.1 Definisjon på selvskading

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan en føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt (Øverland, 2006:17).

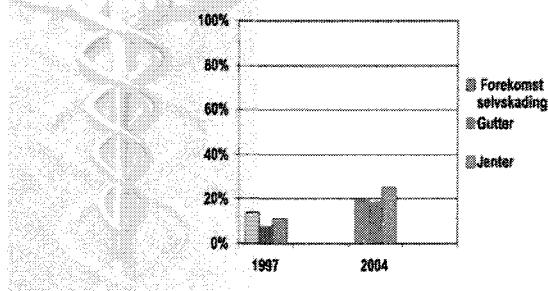
2.2 Teoretisk referanseramme

2.2.1 Joyce Travelbee

Som teoretisk referanseramme har vi valgt å bruke Joyce Travelbee. Hun er psykiatrisk sykepleier og retter sin sykepleietenkning og oppmerksomhet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hennes sykepleie teori og sykepleietenkning har stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning. Begrepene empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv” har en betydningsfull plass i sykepleietenkningen. Sykepleien består i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening med den situasjonen pasienten er i (Kristoffersen, 2005).

2.3 Forekomst

Omfanget av selvskading er vanskelig å tallfeste, og det er store mørketall da selvskading er et tabubelagt emne. Det er gjort lite undersøkelser innenfor området i nyere tid, men vi har tatt med tallene fra to undersøkelser gjort ved en videregående skole i Bergen i 1997 og i 2004. Vi ser at forekomsten er økende fra 13,9 til 19,4 prosent i 2004. Det er store kjønnsforskjeller når det gjelder selvskading, det er viktig å notere at økningen var fra 11 til 25 prosent for jenter, og 8 prosent til 19 prosent for gutter (Øverland, 2006).



Selvskading kan være en del av et sykdomsbilde, men kan også forekomme hos psykisk friske mennesker. Vi har prøvd å finne ut hva den vanligste formen for selvskading er, og hvorfor noen selvskader seg. Erfaringer fra praksis viser at mange av de som selvskader seg har både fysiske og psykiske traumer. Å selvskade seg er ofte et fysisk uttrykk for indre smerte. (Øverland, 2006).

2.4 Det kliniske bildet

Selvskading kan være en del av et sykdomsbilde hos svært syke eller desperate mennesker. Det kan også forekomme hos så kalte "normale" mennesker som ikke har noen form for psykisk lidelse eller som ikke har fått sin lidelse diagnostisert. Selvskading innebærer svært mange varianter av kroppslig og selvdevaluerende atferd (Øverland, 2006).

I følge en av artiklene vi valgte: *Hva er selvskading?*, presenterer Favazza kriterier som innsnevrer gruppen av selvskadere. De fleste pasienter som betegnes som selvskadere, kommer inn under kategorien impulsiv selvskading. Han definerte selvskading som en "direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon" (Sommerfeldt og Skårderud, 2009).

Det kliniske bildet hos selvskadere viser at en bakenforliggende eller en samtidig psykisk lidelse ofte er tilstede. Det er funnet klare sammenhenger med dissosiative lidelser som depresjon, posttraumatisk stress lidelser, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser.

Dissosiative lidelser er en gruppe lidelser med delvis eller fullstendig tap av den normale integrasjonen mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sansefølelse, og tap av kontroll over kroppsbevegelse (Jakobsen, Benum og Anstorp, i Øverland, 2006:35).

Selvskading kan være en regulerende funksjon for vanskelig håndterbare følelser. En finner at positive følelser øker og negative følelser avtar etter at personen har skadet seg. Flere modeller er utviklet for å forklare selvskadingens dempende effekt på sterke psykiske smerter. Hvis en tar utgangspunkt i virkningsmekanismen til de ulike transmittorsubstanser kan en se at kroppens egne opiatler blokkerer smerteopplevelsen under selvskadingen som gir en opplevelse som kan kategoriseres som selvbelønnende (Øverland, 2005).

2.5 Autonomi og paternalisme

Ordet autonomi stammer fra to greske ord, auto (selv) og nomos (lov, styring, regulering) i moralfilosofien betyr autonomi det som følge av sin egen indre lovmessighet, uavhengig av påvirkning utenfra (Brinchmann, 2005:80).

Autonomi betyr retten til å bli informert og retten til å bestemme selv. Hvis pasienten skal kunne foreta selvstendige valg, er det en forutsetning at han har fått en god objektiv informasjon om de ulike alternativer og deres positive og negative konsekvenser. Autonomi kan være gradert og oppgavespesifikk. Beslutningskompetansen kan variere i forhold til hva det skal taes stilling til. Selv om pasienten ikke kan ta stilling til medisinske prosedyrer kan vedkommende godt ta stilling til hva han skal spise eller kle på seg. Menneskers autonomi kan variere gjennom livet, og selv om menneskeverdet og integriteten er konstant, kan autonomien avhenge av for eksempel alder og sykdom. Sykepleiere bør i stor grad være oppmerksom på forhold mellom autonomi, sårbarhet og integritet hos pasientene. Sykepleiere kan, i enkelte situasjoner, vite bedre enn pasienten om hva som er til hans beste, mens målet hele tiden må være å unngå å krenke pasienten integritet (Brinkmann, 2005).

Svak paternalisme er når sykepleieren blir engasjert i pasienters situasjon, og de handler på en måte som gagnar pasienten mest mulig, ut fra sykepleierens faglige merforståelse. Sykepleieren sørger for pasienten uten å forvente å få noe til bake, og forholdet mellom sykepleieren og pasienten er bygget på en uegennyttig gjensidighet (Kristoffersen, 2005).

2.6 Sykepleie ved selvskading

For at oppholdet til pasienten i institusjon skal bli best mulig er det helt avgjørende at personalet er i stand til å skape gode relasjoner. Sykepleieren må ha som mål å hjelpe pasienten til å få et trygt og forutsigbart liv, slik at pasienten er i stand til å lære mestringsstrategier, og derav øke selvfølelsen og oppnå større grad av uavhengighet og autonomi. En sykepleier bør ha nødvendige kunnskaper om miljøterapi for å oppnå best mulig kvalitet på omsorgsarbeidet. Tiltak som er viktig i den miljøterapeutiske behandlingen er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Vi må tilstrebe at ut fra pasientens situasjon må en ha den grunnleggende holdning til å uttrykke respekt og erkjennelse. Et hvert individ må betraktes som unik og ukrenkelig. Sykepleieren må til enhver tid ha fagkunnskaper om behandling ved selvskading, og være forberedt til å gå inn i forpliktende relasjoner til pasienter med den problemstillingen (Henriksen m.fl., 2007).

Kommunikasjon er grunnleggende i sykepleie. Samtaleferdighetene kan læres og utvikles, og kunnskap om teori er ikke tilstrekkelig for å oppnå gode mellommenneskelige relasjoner. Å utøve profesjonell kommunikasjon handler først og fremst om praksis. Å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient, handler om å lytte til den andre, strukturere en samtale, å forholde seg åpen til vanskelige følelser og stimulere den andres ressurser. Som sykepleier er det viktig at vi samarbeider om å finne frem til gode løsninger (Eide og Eide, 2005).

Hummelvoll definerer sykepleie-pasient-fellesskapet som et terapeutisk forhold som dannes ut fra pasientens behov for hjelp. Alliansen mellom sykepleier og pasient preges av et arbeids- og opplevelsesfellesskap som har til hensikt å gi pasienten en bedre situasjonsforståelse, og selvinnsett i egen situasjon. Dette for at pasienten i størst mulig grad skal bli i stand til å bearbeide sitt helseproblem, eller å eventuelt leve med det. For at dette skal bli mulig, er det viktig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand, støtte og utfordring (Hummelvoll, 2004).

3 BEHANDLING

3.1 Behandling i institusjon

Institusjoner i dag har godt utdannet personale sammenlignet med tidligere. Brukerperspektivet er mer framtreddende, og i fagmiljøene er det en økende interesse for å tilrettelegge institusjonsoppholdet på en mest mulig hensynsfull måte. Behandlingen er langt mer enn at pasienten er en passiv mottaker av omsorg og rammer. Institusjonsbehandling har forskjellig fokus i forhold til selvskading. Ved akuttavdelinger vil det være stabilisering, diagnostisering og medisinerer. Ved dagavdelinger er det mer fokus på miljø- og gruppeterapi. I tillegg er en lege eller en psykolog ansvarlig for behandlingen. Hensikten med institusjoner er å gi høyintensiv og høykompetent behandling. For å møte de ulike situasjonene som kan oppstå har institusjonene faglige retningslinjer, og et tverrfaglig personal. Det som også er viktig i forhold til institusjonsbehandling av selvskadere er at det kan gi ungdommen behandling i et trygt miljø og hvor personalet har den rette kompetanse om selvskading. Institusjoner har en viss tradisjon med å ignorere selvskading. Bakgrunnen for dette er at oppmerksomhet rundt selvskadingen kan virke forsterkende på den uønskede adferden. I enkelte tilfeller kan dette være riktig, men det bør ikke være første valg av intervensjonen. Det som kan skje er at pasienten ofte er svært sensitiv for avvisning og kan oppleve dette så sterkt, at den tidvise positive oppmerksomhet rundt ikke-selvskading dermed ikke har effekt. I tillegg vil da avvisningen oppleves som enda sterkere fordi det skjer når pasienten er mest sårbar, og bruker den eneste mestringstrategien som oppleves som nyttig (Øverland, 2005).

3.2 Miljøterapeutiske prinsipper

Det finnes gode tradisjoner for bruk av miljøterapeutiske prinsipper i institusjon. De vektlegger hvor viktig avdelingsmiljøet er for pasientene. Innenfor psykisk helsevern er Gundersons modell mest benyttet. Han har utviklet en modell for hvilke typer tilnærminger som blir benyttet ved ulike tilstandsbilder og stadier. Og som består av ulike nivåer for oppfølging etter pasientens funksjonsnivå.

De forskjellige nivåene er:

1. Beskyttelse som vil si å skjerme, trygge, fastvakt eller ta hånd om pasienten. Hensikten med dette er å hindre destruktiv og utflytende atferd.

2. Støtte, som er bevisste planlagte handlinger som kan være omsorg og enkle aktiviteter, som kan føre til at pasienten føler seg mer fornøyd og får økt selvfølelse.
3. Struktur, som kan være klare rutiner og tilbakemeldinger som skaper forutsigbarhet. En vil med dette kunne hindre sosialt uheldige symptomer og handlingsmønstre.
4. Engasjement er fellehandlig, samhandling eller aktivisering, som kan bidra til at pasienten føler seg kompetent, respektert og blir i stand til å påvirke de menneskelige relasjoner og ruke seg selv som handlende individ.
5. Gyldiggjøring ved å hjelpe pasienten til å forstå sine symptomer og finne en mening (Henriksen m.fl., 2007).

Miljøterapi kan defineres slik

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelse er en virksom faktor. For mennesker med psykiske sykdom er miljøterapi å være å handle i og utenfor postmiljøet over tid (Henriksen m.fl., 2007:5).

I arbeidet med selvskading i institusjon er det nødvendig for personalet å forholde seg til følelser av avmakt og sinne. Følelsene vil veksle og komme i forskjellige faser i behandlingforløpet. Personalet kan risikere å bli kyniske, og møte sadistiske sider av seg selv ved å bygge opp et forsvar ved å stenge pasientens lidelse ute. Dersom denne post-atmosfæren blir gjennomsyret av et slikt forsvar, vil personalet få en lavere terskel for å reagere med sinne og avvisning. En streng reaksjon kan fort bli uterapeutisk ved at pasienten får ta kontroll og personalet ikke klarer og sette de nødvendige grenser (Øverland, 2005).

3.3 Behandlingsstrategier

I det videre arbeidet vil vi belyse noen behandlingsstrategier som kan gjenspeiles i flere av behandlingsformene. Flere av disse strategiene kan fordelaktig brukes av sykepleiere. En forutsetning for at behandlingen skal lykkes er å etablere en god allianse med pasienten. Særlig for ungdommer er dette viktig, siden det ofte er disse som dropper ut. Å få pasienten til å se realistisk på sine problemer kan øke motivasjonen for å bli frisk. Selvskadede ungdommer kan ha problemer på flere områder, og disse handler ofte om mellommenneskelige forhold som psykisk helse, skole eller rusmisbruk. En konkret analyse av problemet er en forutsetning for å kunne hjelpe disse ungdommene med å endre

uhensiktsmessige mestringsmønstre. Det viktig at man arbeider målbevisst mot den definerte problematferden, og man må prøve å finne ut hva som forårsaker sårbarheten og utløser selvskadingen (Mehlum og Holseth, 2009).

3.4 Adekvat somatisk medisinsk behandling

Denne behandlingsformen retter fokuset mot behandling av de påførte kuttene/rispene. Ved gjentatt selvskading kan det være nyttig med medisinsk oppfølging. Sårstellet kan omhandle rensing og bandasjering. Felles for all sårbehandling er at man skal bryte smitteveien og få såret til å gro, dette for at urenheter fra omgivelsene kan forårsake infeksjon. Vi ser på sårene om de trenger rensing, stripsing eller plastring, og i denne situasjonen kommer vi som sykepleiere nært innpå pasientene, og det kan åpne opp for muligheten til å snakke om årsaken til selvskadingen (Kristoffersen, 2005).

4 SELVSKADING SETT FRA ET BRUKERPERSPEKTIV

Hege Sjølie har skrevet en artikkel om selvskading sett fra et brukerperspektiv, der hun har intervjuet brukere ved et støttesenter i hovedstaden. Hun har sitert kvinner som har skadet seg selv, og hun sier at selvskading ofte oppstår i en sammenheng. De fleste pasienter sier at selvskading er et fysisk uttrykk for indre smerte. Selvskadere beskriver ofte handlingen som umiddelbar og impulsiv; ”Jeg er dårlig, og jeg orker ikke ha det sånn mer”. Selvskadingen kan ofte være et språk for den eller det som ikke har ord. Smerten blir uttrykt i en annen form som; ”Se hva jeg sier”. Mange forstår ikke hvilke ord de skal sette på de indre følelsene, og dermed kutter de seg for å få utløp for det kaoset av følelser de sliter med. Selvskadere sier ofte at handlingen er en måte å klare å leve med den indre smerten på. Man flytter den vonde indre smerten til noe utenpå eller ytre, fordi de da klarer å forholde seg til det. ”Jeg har kuttet meg, jeg blør, det er vondt” (Sjølie, 2006).

En bruker forteller at denne indre smerten får han til å gjøre destruktive ting, slik at han i etterkant kan si at han føler seg dårlig fordi han har skadet seg selv. At flere brukere sier at selvskading er en måte å straffe seg selv på, kan være følelsen av og ikke være bra nok, ikke fortjene noe eller skyld og skamfølelse. Mange sier at de viderefører en smerte som andre har gjort mot dem selv tidligere. Når en bruker lever med en stor indre spenning eller smerte over lang tid, er selvskading en måte å få en pause fra det vonde på. For oss som sykepleiere er det en utfordring å forstå når selvskadingen er livsviktig for selvskadere. Brukerne ser på selvskading som en løsning som gjør livet mulig å leve, og å overleve, noe som gjør at de utholdelige smertene blir mer håndterlig. Like fullt er det et desperat middel i en desperat livskamp (Sjølie, 2006).

5 DRØFTING

Vi vil i drøftingen belyse hvordan vi som sykepleiere skal ivareta ungdom som selvskader seg, på best mulig måte. Vi håper å ha tilegnet oss kunnskap om temaet selvskading, når vi er klare til å gå ut i arbeidslivet som ferdig utdannede sykepleiere. Det er viktig å få lærdom om både empati, omsorg og behandling av selvskadere, og om hvordan vi skal forholde oss til både den somatiske og den psykiske delen av dette fenomenet. I drøftingsdelen presenterer vi noen av spørsmålene vi stilte informantene, og vi vil knytte disse opp mot teoridelen med pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, artiklene og egne erfaringer. Vi ser ut fra informantenes bakgrunn at de har variert praksis fra sykepleierket. De har videreutdanning i psykiatri, og det gir dem gode kunnskaper og mange erfaringer vi kan nyttegjøre oss for å finne svar på problemstillingen vår.

5.1 Tilnærming i forhold til selvskading

Vi spurte våre informanter: Hvilke erfaringer har dere i forhold til selvskading når det gjelder kutting/risping?

Den ene informanten svarte:

Den første gangen jeg kom borti det med risping var på medisinsk avdeling, var det en pasient som var innlagt der med psykiske problemer. Hun hadde da tatt tak i ei sikkerhetsnål som hang på ringesnoren, og rispet seg. Senere har jeg opplevd selvskading mange ganger. Da har det vært brukt glass, kniv, barberblad, tapetkniv og knust speil.

Informant nr 2 kom umiddelbart med et påfølgende svar:

Papir har jeg også opplevd har vært brukt. Tapping av blod, det er også selvskading. De setter inn en kanyle og tapper seg for blod, det er vel kanskje den siste trenden, som vi har vært borti av selvskading.

Siden vi i denne oppgaven tar for oss bare kutting/risping, velger vi å ikke gå nærmere inn på dette med blodtapping, men det er viktig å vite at dette er en økende tendens blant ungdom.

I praksis opplevde vi at pasienter som selvskadet seg ofte brukte tapetkniv for å kutte/rispe seg. Når vi som sykepleiere første gang møter en som har selvskadet seg, er det ganske skremmende. Det ringer på klokken på rom nummer tre. Jeg hadde ansvar for denne pasienten i dag, og gikk for å se hva det var. Ei jente som var innlagt på avdelingen hadde kuttet seg opp på begge armene. Hun satt på sengen, blodet rant nedover armene og dryppet videre ned på gulvet. Følelsen av skrekk og vemmelse dukket opp hos meg. Hva skulle jeg si? Jeg kjente at

Jeg ble stresset og at det ble en overveldende situasjon for meg. Jeg tenkte at det er normalt at blod og skader vekker frykt. Det kan oppleves som skremmende at en person vil skade seg selv. Det føles trist å tenke på den følelsesmessige smerten som ligger bak hendelsen.

Måten vi sykepleiere skal tilnærme oss pasienten som person på, kaller Travelbee en bevisst intellektuell tilnærming for empati. Ved denne empatiske tilnærmingen evner vi å forstå pasientenes opplevelser og smerter, og kan utvikle sympati eller medfølelse. Vi som sykepleiere får et ønske om å hjelpe pasientene gjennom praktiske gjøremål. Vi har knyttet nær kontakt med pasienten, og de opplever at de har tillit til oss som sykepleiere, og pasientene føler at vi som sykepleiere virkelig bryr oss om dem, og hvordan de har det, og dette kan være med på å påvirke dem i positiv retning. Når vi som sykepleiere skal utøve sykepleie med utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleiefilosofi, er det å finne håp og en mening sentrale begrep. Vi må ta oss tid til å bli kjent med pasientene som de personene de er, for å virkelig forstå deres situasjon, og kunne hjelpe dem med å finne en mening i de erfaringene de gjennomlever i deres sykdom og lidelser. Vi skal hjelpe pasientene til å mestre de vanskeligheter som de kommer til å stå overfor, og til å komme over disse vanskelighetene uten å måtte ty til selvskading. Det er også en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasientene til å finne håp for fremtiden, ikke urealistiske, men fremme og støtte opp om realistiske håp (Kristoffersen, 2005).

Selvskading kan være en mestringsstrategi for pasienten, og det kan være vanskelig og bare stå der å se en person kutte seg. Sykepleiere må gjøre det som føles riktig i situasjonen og at vi behandler de som selvskader seg på best mulig måte. Det oppstår en del bekymring omkring det å gjøre det rette når en arbeider med noen som selvskader seg. Det kan spesielt dreie seg om usikkerhet om hvordan man skal reagere overfor den som har skadet seg. Det er viktig at vi som sykepleiere får tilstrekkelig støtte og veiledning i arbeidet vi gjør (Arnold og Magill, 2005).

Den mest vanlige formen for selvskading er kutting/risping. Omfanget er vanskelig og tallfeste for de ulike sykehus registrerer skadene på forskjellige måter. Det er flere kategorier som kategoriseres etter den kliniske konteksten den forekommer i. Det kliniske bildet viser at en bakenforliggende psykisk lidelse ofte er tilstede. Det finnes flere forskjellige definisjoner på hva selvskading er, og dette tydeliggjør at selvskading ikke er en etablert diagnose i de diagnostiske systemene. Vi har i denne oppgaven valgt å bruke definisjonen i Øverland, 2006.

Han betegner selvskading som en handling mennesker bruker for å håndtere smertefulle tanker eller følelser (Øverland, 2006).

Det er viktig at vi som sykepleiere hjelper pasienten til å lære seg mestringsstrategier for å lettere kunne sette ord på smertefulle tanker og følelser. Å mestre noe er å ha kontroll på de utfordringene livet gir. Mestring er også å takle påkjenninger selv om man har et vanskelig utgangspunkt. Det kan være vanskelig å finne riktig funksjonsnivå for ungdom med selvskading. Det er viktig at pasientene blir behandlet tilnærmet likt av personalet. Som sykepleiere må vi møte pasientene med omsorg, støtte, beskyttelse og struktur. Vi må starte med det helt grunnleggende når det gjelder mestringsstrategier. Det er å oppfordre pasientene til å ta kontakt med personalet når trangen til selvskading oppstår. Det er ingen selvfølge at pasientene klarer dette på en direkte måte. Vi opplevde i vår praksis at en pasient som ville oppnå kontakt med sykepleierne, gjorde dette på en indirekte måte ved å ganske demonstrativt trække fram og tilbake forbi personalet for å hente seg noe å drikke. Dette var hennes måte å søke kontakt på. Det hører med til historien at hun vanligvis ikke var spesielt deltagende i miljøet. Vi som sykepleiere oppfattet signalet, og tok kontakt med jenta. Hun fikk på denne måten satt ord på smertene i stedet for å selvskade seg.

5.2 Miljøterapi i psykiatrisk institusjon

Når det gjelder jenta som hadde kuttet seg, er det viktig at sykepleieren forstår at dette var jentas måte å gi uttrykk for hvor vanskelig hun hadde det akkurat da. Gjennom intervjuet fikk vi inntrykk av at informantene opplever at de som selvskader seg er redde og ensomme. De har blitt såret og opplevd mange skuffelser. Vi spurte informantene om de hadde faste rutiner på hvordan de håndterer pasienter som selvskader seg?

Informant 1 svarte

Dette er varmt tema, fordi vi har ingen faste rutiner, i hvertfall ikke her på avdelingen.

Informant nr 3

Dette er et tema som er oppe til diskusjon hver gang vi opplever nye tilfeller med selvskading, da konfererer vi på avdelingen med de som er psykiatere, psykologer eller behandlere og spør hvordan vi skal håndtere slik atferd, og hvordan vi skal gå frem. Det er litt ulike måter man ser på slike hendelser.

I enkelte tilfeller ser vi at unge ressursvake selvskadere uten nære pårørende blir værende lenger i avdelingen, til tross for brudd på avtaler og rutiner. Sykepleierne føler seg maktesløse

i mange situasjoner, og følelsene varierer fra sinne til oppgitthet. Selvskading er en sterk belastning på avdelingen, og sykepleierne står overfor store utfordringer i forhold til følelsesmessige reaksjoner og måter og møte atferd på.

Vi skal som sykepleiere stille åpne spørsmål og bruke av oss selv terapeutisk. Dette vil si å ha en målrettet og hensiktsmessig kommunikasjon, slik at vi kan finne ut hvordan pasientene har det, og hvordan de tenker. Når vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk, er det pasientenes behov og pasientens beste det skal fokuseres på, og ikke våre egne interesser og behov (Kristoffersen, 2005).

Miljøterapeutiske prinsipper kan være en del av behandlingen, siden dette kan få pasienten til å fungere i det daglige. Miljøterapi omfatter alle omgivelser til pasienten. Det kan være praktiske gjøremål som matlaging, turer, personlig hygiene og ellers ting som kan tilrettelegges slik at pasientene kan lære å få struktur i hverdagen. Ved å tilrettelegge miljøet i avdelingen, situasjoner og omgivelser rundt pasienten, vil man øke mestringsfølelsen og dermed vil selvfølelsen bli bedret. Det er viktig at man fyller tiden med noe positivt, slik at pasientene ønsker å samarbeide mot sine ønskemål. Som sykepleier må man hjelpe pasienten til å se hvilke muligheter han har til å kunne bedre sin situasjon, og dermed sin hverdag. Grensesetting er viktig, og den må være terapeutisk. Man lager klare rammer og avtaler for pasienten, og blir ikke disse overholdt vil det få følger. Skjerming kan være et alternativ, hvis pasienten viser uakseptabel atferd. Han får da mulighet til å samle tankene sine, samtidig som både han og medpasientene føler trygghet.

I en artikkel skrevet av Aanderaa og Meling, kommer det fram at det er viktig at sykepleieren oppnår en nær relasjon til pasienten, og at pasienten blir så trygg at han oppfatter det som skjer, og ikke blander nåtid med fortid. Sykepleieren må gjøre en tydelig og konkretisert avtale med pasienten. For at avtalen skal kunne inngås, er det viktig med rammebetingelser. Avtalen blir brukt som metode, den skal skape tillit og trygghet i relasjonen. Det må bli tatt hensyn til pasientens autonomi og behov (Aanderaa og Meling, 2004).

5.3 Sykepleietiltak når pasienten har selvskadet seg

Det er viktig at sykepleieren har de grunnleggende faglige kunnskapene for å kunne ivareta pasientene på best mulig måte. Vi spurte derfor informantene om hva de fokuserte på i den

akutte selvskadingssituasjonen. Informantene sier at det er viktig at man tar hånd om sårene i første omgang, slik at man får stoppet eventuelle blødninger. Man må gjøre vurderinger om det trenges å sys, eller om man bare vasker og bandasjerer. Mange selvskadere ser fram til denne omsorgen rundt sårstell og det å få vise fram bandasjene til andre for å få sympati, da dette gir et synlig bevis på at pasienten har det vondt. Informanten sier videre at dette med selvskading er en uttrykksform som er kommet de siste årene. Dette er blitt en moderne form å uttrykke smerte og usikkerhet på, og dermed blir det vanskelig å lage faste rutiner.

I følge Joyce Travelbee består sykepleien til den syke og lidende i å finne mening med den situasjonen pasienten er i. Sykepleieren skal gi hjelp til å mestre, finne håp og mening med lidelse og sykdom. Vi skal hjelpe pasientene til å mestre de vanskeligheter som de kommer til å stå overfor, og til å komme over disse vanskelighetene uten å måtte ty til selvskading. Det er også en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasientene til å finne håp for fremtiden, ikke urealistiske håp, men å fremme og støtte opp om realistiske håp, slik at dagen i dag skal bli bedre enn den dårlige dagen de hadde i går (Kristoffersen, 2005).

En erfaring vi gjorde oss i praksis var at hovedfokus i den akutte situasjonen der en pasient har kuttet seg, er å stoppe blødninger, rense sår og bandasjere. I denne situasjonen er det viktig at vi som sykepleiere først og fremst steller såret, men at vi samtidig har forståelse for at pasienten har hatt det følelsesmessig vanskelig i forkant av selvskadingen. Sykepleier ser raskt på sårene som pasienten påfører seg ved selvskadingen. Vi renser sårene og vurderer behandling til enten plastring, stripsing eller sying. I behandlingen av disse sårene kommer sykepleierne nært innpå pasientene, og dette kan åpne opp for muligheten til å snakke om årsakene til selvskadingen. Etter råd fra erfarne kollegaer på avdelingen så vi viktigheten av å unngå oppmerksomhet rundt selve handlingen, og heller fokusere på pasientens følelser. Dette fordi pasientene skal lære seg å ta kontakt med personalet før de skader seg. Man skal holde fokus borte fra skadingen slik at selvskadere ikke trenger å skade seg for å få oppmerksomhet. Det er viktig at vi skaper gode relasjoner til disse pasientene, slik at de føler trygghet og at vi er til å stole på. Dermed blir det lettere å ta kontakt med oss sykepleiere når ting blir uoverkommelig.

I teorien ser vi at oppfølging av psykolog, innleggelse ved psykiatrisk avdeling, samt medisinerer kan være nødvendig for å lindre pasientens smerte. De ungdommene som ønsker hjelp til å slutte med selvskadingen bør ikke bli stående lenge på venteliste.

Primærlegen kan gi informasjon om hvilke behandlingsformer som kan være aktuelle. Det er viktig å motivere ungdommen, siden det ofte skjer at de som blir henvist til spesialisthelsetjenesten unnlater å møte opp. Kunnskapsgrunnlaget er per i dag forholdsvis svakt når det gjelder hvor stor effekt de ulike behandlingsformer har. Behandlingsformer som peker seg ut som lovende er; atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, multisystemisk terapi og skjemafokusert terapi (Mehlum og Holseth, 2009).

Vi ser fra vår praksis at det er mange forskjellige profesjoner man samarbeider med, spesielt når man jobber innenfor psykiatrien. Vi samarbeider med de fleste yrker innenfor helsesektoren, men også en god del utenfor helsesektoren, som politi og lærere. Innenfor helsesektoren samarbeider vi med psykiatere, psykologer, leger, vernepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det er svært viktig at man arbeider tverrfaglig i team for å kunne yte best mulig helsehjelp til pasientene.

5.4 Sykepleierens holdninger og handlinger

Det er viktig at man som sykepleier gir både emosjonell støtte og aksept til pasienten. Det å vise at vi forstår at de har det vanskelig er svært viktig å formidle til ungdommen. Hvis man unnlater å gjøre dette, vil ungdommen ofte gi opp behandlingen siden de tror at vi ikke forstår hvordan de har det. I Brinchmann kan vi lese at sykepleiere bør være oppmerksom på forhold mellom autonomi, sårbarhet og integritet hos pasientene. I enkelte situasjoner kan sykepleiere vite bedre enn pasienten hva som er til hans beste, men målet må hele tiden være å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2005).

Personer som selvskadet seg må lære seg å sette ord på de indre smertene. Mange av disse pasientene har ikke lært å be om hjelp verbalt, og må derfor bruke andre metoder for å oppnå kontakt med personalet. I praksis opplevde vi en situasjon der en ung jente i løpet av en hel helg prøvde å oppnå kontakt med personalet ved å legge ut "agn" eller spor, for å se om de klarte å forstå hvor vanskelig hun hadde det. Dette skjedde gjentatte ganger hele helgen, men ingen fra personalet oppfattet signalene fra jenta. Dette ble oppdaget etter jentas hjemreise, og dette fikk oss til å tenke på hvor viktig gode relasjoner er. Det er viktig å kjenne disse pasientene godt, slik at alle signaler kan tolkes på riktig måte. Her burde personalet reagert tidligere ved å ta denne jenta på alvor. Da hun hadde reist hjem, skjønte personalet hvor alvorlig denne hendelsen var, og at det gjentatte maset hennes egentlig var et rop om hjelp.

Under fokusgruppeintervjuet kom det fram at noen er avhengig av å selvskade seg. De har bare fokus på akkurat det øyeblikket det går hull på huden. Det blir en slags egenerapi i skadingen. Mestringsstrategier må til, der man fokuserer på hvordan kan man løse problemene annerledes. Informant nr 3 sa at det er vanskelig og finne de rette måter å få uttrykt den indre smertene på. Dersom man ikke har lært seg å uttrykke smerte og sinne ved hjelp av ord, så er det dette man må ha fokus på. Man må lære å sette ord på smerten. Informant nr 2 tilføyde at selvskadingen kan avta når pasientene lærer seg å bruke ord, og kommer i trygge omgivelser. Ikke minst at de kan oppleve at de får noen gode relasjoner. Dette er kanskje noe som er lettere å takle som ungdom, enn i voksen alder. Det er tydelig at det er mange forskjellige årsaker til at man skader seg, men vi ser på det som en sykdom.

Med utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori ser vi at dersom pasienter ikke blir møtt med respekt for den personen de er og det livet de har levd, kan dette gi opplevelse av lidelse. Dersom pasienten blir behandlet som en case og ikke som et menneske med en historie og en fortid, kan han miste seg selv som person, og opplevelsen av lidelse vil øke ved tap av identitet og egenverd. Vi som sykepleiere kan lindre gjennom samtaler med pasientene om det livet som pasienten har levd, og ved å snakke om hva som er viktig i livet deres nå. Dette vil føre til at pasientene får en følelse av å bli sett og bekreftet som en hel person. Vi som sykepleiere kan være med på å bidra til å lindre pasienters fysiske, mentale og emosjonelle lidelser. Men dersom vi ikke er bevisste på hvordan vi handler og hvilke måte vi er på, kan dette bidra til å øke pasienters lidelse. Det er altså veldig viktig at vi som sykepleiere virkelig går inn for å bli kjent med pasientene som person, for å kunne klare å nå målet med sykepleien, nemlig å lindre lidelse og fremme helse (Kristoffersen, 2005).

Vi ser i teorien at etter at en person har skadet seg, vil de positive følelsene øke, mens de negative følelsene avtar. Det er utviklet flere modeller for å forklare selvskadingens dempende effekt på sterke psykiske smerter. Dersom man tar utgangspunkt i virkningsmekanismen til de ulike transmittorsubstansene, kan en se at kroppens egne opiatere blokkerer smerteopplevelsen under selvskadingen, og dette gir en opplevelse som kan kategoriseres som selvbelønnende (Øverland, 2006).

I en artikkel skrevet av Hege Sjølie, der hun har intervjuet kvinner som tidligere har skadet seg, og som er brukere ved et støttesenter, sier kvinnene at de kjenner seg bedre etterpå, fordi

de bruker selvskadingen som en unnskyldning for å ha vondt. Når de har skadet seg, kan de skylde på at det var kuttingen som opplevdes som smerte (Sjølie, 2006).

5.5 Sykepleierens bearbeiding av vanskelige situasjoner

For å hindre at personalet reagerer med sinne, fortvilelse og avmakt, er det viktig med undervisning, veiledning og daglig støtte fra hverandre. Vi spurte derfor informantene om hva opplevelsen av selvskading gjorde med dem, og om de fikk veiledning i etterkant.

Informant nr 1 svarte:

Ja, vi har hatt veiledning etter de verste tilfellene, der vi får snakke om hvordan man ikke skal kjøre seg helt ut. Da går man ikke rundt og koker og tar ting ut på hverandre. Med tanke på hva dette gjør med oss som sykepleiere, så spørres det litt på hva hver enkelt har vært gjennom, hva man har opplevd, hvilke erfaringer man har og hva man har med seg fra før. Det er et veldig stort sprik på hvordan man tar det, men det gjør helt klart noe med hver og en av oss som opplever det.

Informant nr 2 svarte videre:

Det kommer jo alle slags følelser. Alt fra sinne til tristhet, og til å bli oppgitt og lei. Hele spekteret av følelser får det frem i oss, og man blir veldig opprørt. Det blir mange diskusjoner og mange frustrasjoner. Særlig hvis det er noe som pågår over lang tid, og man føler at man ikke kan gjøre noe. Pasientens fortvilelse blir lagt på oss. Det er jo av og til vanskelig og hankses med, men vi har jo egne fora der vi kan snakke sammen om ting, i personalgrupper, og det er kanskje der vi sliter. Vi har kanskje ikke hatt god oppfølging og annen profesjonell hjelp, men noen ganger får vi det inn som tema, og da har det gått bra.

Den ene informanten mente at fenomenet selvskading er veldig aktuelt nå. Man ser at det er mange innleggelseser i avdelingen med denne problematikken. Vi leser om det både i fagblader og magasiner, og dette gjør at selvskadingen får et ansikt. Hun mente at siden flere vet om dette temaet, vil løsningene både bli vanskeligere og lettere. Vanskelig fordi mange skal mene så mye, og dette kan for andre føles uhåndterlig. En av informantene fortalte at de fleste av personalet har lært om selvskading i avdelingen. Det snakkes og diskuteres, og det noen ikke vet, lærer de av hverandre. Likevel er det grunn til å tenke over hvilke former for støtte som trengs til personalet. Alle har ulike roller å fylle, og der noen trenger å avregere, vil andre trenge anerkjennelse i form av påskjønnelse og forståelse. Det er viktig at vi som sykepleiere utnytter de ressursene vi har i avdelingen i påvente av bedre veiledningskurs og mer kunnskap om fenomenet.

I følge artikkelen *Selvskading og sykepleie*, kan sykepleiernes følelsesmessige reaksjoner plasseres i en skala fra antipati til sympati. Innenfor dette er det et bredt spekter av følelser. Ved begrepet sympati får man en trang til å verne om, og beskytte pasienten. Ordene sympati og medlidenhet blir ofte brukt, men ikke uten en viss reservasjon. For mye av denne type reaksjoner vil kunne føre til at man involverer seg for mye i pasienten, og man kan miste den nødvendige distansen til situasjonen. Man kan da sitte igjen med en følelse av utmattethet. Når man skal uttrykke begrepet antipati snakker man om både sinne og frustrasjon. Også irritasjon er en dominerende følelse i materialet. I denne artikkelen nevnes disse følelsesmessige begrepene om både seg selv og kollegaer (Brodtkorb, 2001).

Det er viktig at personalet vet at de får oppbakking når de jobber med mennesker som selvskader seg. Da menes ikke bare rammer og metoder, men også fra kollegaer og ikke minst fra overordnede. Når man trenger råd og støtte må det være mulighet for å kontakte andre (Arnold og Magill, 2005).

Om dette med veiledning i etterkant, svarte en av informantene:

Når man får veiledning, vil det være anledning til å ta opp hvorfor jeg reagerer slik som jeg gjør, og hva i meg er det som setter i gang slike reaksjoner. Hva kan jeg gjøre med det og hvordan kommer vi oss videre til neste gang vi møter på selvskading.

Behandlere som har mye kontakt med mennesker som selvskader seg trenger støtte og formell veiledning. Dette er noe som ikke må betraktes som luksus, eller at det hentydes til for liten kompetanse. Denne veiledningen er snarere en forutsetning for å kunne jobbe mer effektivt innenfor et faglig forsvarlig område. Svært få av behandlerne opplever at de har tilstrekkelig støtte i arbeidet, og de erkjenner at både den jobben de skal utføre og klientene lider under dette. Manglende tid og bevilgninger blir ofte lagt til grunn for den mangelfulle veiledningen, selv om behovet er tilstede (Arnold og Magill, 2005).

Dersom vi skal jobbe med disse pasientene ut fra Joyce Travelbees sykepleieteori, er det viktig at vi er bevisste på hvordan vi handler, og på hvilken måte vi møter disse pasientene. Hvis vi møter pasientene med irritasjon og frustrasjon, kan dette bidra til å øke pasienters lidelse. Det er med andre ord veldig viktig at vi som sykepleiere virkelig går inn for å bli kjent med pasientene som person for å kunne klare å nå målet med sykepleien, nemlig å lindre lidelse og fremme helse (Kristoffersen, 2005).

Informant nr 1 avsluttet med:

Det er mange som har lært i avdelingen, så man kan lære om selvskading av hverandre også. Vi har da kontakt med fylkessykehuset, og der har de praksis med å skrive ut pasienter som selvskader seg i avdelingen, mens her i avdelingen har vi ikke brukt den metoden, vi har latt dem være innlagt. Vi syntes det har vært vanskelig å skulle skrive dem ut, det har ikke vært noen klar politikk på det området.

Dette svaret får oss til å tenke på at vi som sykepleiere ofte kan bli stilt i en vanskelig situasjon der avdelingen ikke har klare rutiner på hva som er akseptabel atferd hos disse pasientene. Man skal vise omsorg og forståelse for disse pasientene, samtidig som det blir gjort klare avtaler på hva som forventes og tolereres. Man kommer på mange måter i en konflikt med seg selv fordi man skal vise empati, være omsorgsfull og støttende, samtidig som det skal settes grenser.

5.6 Etablere gode relasjoner og avtaler

Sykepleieren må engasjere seg i pasientens situasjon og handle på en måte som gagnar pasienten mest mulig, ut fra sykepleierens faglige merforståelse (Kristoffersen, 2005).

Hvordan vi som sykepleiere skal forholde oss til selvskadere handler nok mye om både erfaring og ikke minst utdanning innenfor fenomenet psykiatri. Man trenger å kjenne til hvordan man skal gå fram i de situasjonene der selvskading skjer. Overkommelige avtaler bør være en forsiktig start på behandlingsopplegget i avdelingen. Man trenger også gode kollegaer man kan støtte seg til i vanskelige situasjoner, og det er viktig å diskutere hvilke avgjørelser som skal tas. I følge våre informanter er det ikke bare gode og støttende kolleger som er viktig, men også samarbeid mellom ulike profesjoner, slik at man kan gi hjelp til selvskadere utover selve selvskadingen. Vi spurte informantene om hvilke dilemma de opplevde i vanskelige situasjoner.

Informant nr 2 svarte da:

Det kan være et dilemma å vurdere om pasienten skal være her videre, eller om de skal skrives ut. Jeg vet at vi har opplevd at det har stått i en avtale at hvis du selvskader deg i avdelingen så blir du utskrevet, men når det har kommet så langt så har det ikke skjedd. Dette er fordi vedkommende er alene og utrygg på omgivelsene, og har gitt klar beskjed om at den ikke på noen som helst slags måte ønsker å dra hjem. Så det er jo et dilemma at man har gjort mange avtaler, særlig når vi vet at avdelingen ikke har noen klar beskjed på det området.

Informant nr 3 fortalte også at det er et dilemma hvordan man skal klare å hjelpe disse ungdommene som selvskader seg. Det å få de til å skjønne selv at de ikke må fortsette med selvskadingen. Man føler seg svært hjelpeløs.

Om etiske dilemma sier teorien at selv om vi utøver god sykepleie, og prøver å holde oss innenfor de avtalene som er gjort, er det ikke til å komme bort fra at vi til tider kan stå ovenfor et dilemma som gjør det vanskelig å velge til det beste for pasienten. Et dilemma utgjør med andre ord en valgsituasjon mellom to eller flere verdier hvor begge alternativene er ønsket, eller medfører alternativer som begge medfører uønskete konsekvenser for pasientene (Brinchmann 2005).

Vi kan med andre ord si at der avtaler gjør seg gjeldende, kan det i mange tilfeller være andre ting vi gjerne vil gjøre for disse pasientene. Det kan være alt fra å trøste, ha medlidenhet, og være enig med. Som sykepleiere er det viktig at man hjelper disse pasientene til egenomsorg, og til å møte vanskelige situasjoner. Vi må være medvirkende og hjelpe pasientene til å se de valgmuligheter de har, fordi de da kan ta de riktige valgene slik at de kan leve et tilfredsstillende liv. I møte med selvskading er det viktig at man oppnår nære relasjoner til pasientene. Vi må gi de trygghet og tro på seg selv, slik at de kan lære seg å sette ord på følelser. Å oppnå en nær og god relasjon gjør at vi lettere kan samarbeide for å løse pasientens problemer. Vi må ikke være fordømmende, men lyttende. Vi må også se på hvilke ressurser disse pasientene har, slik at disse kan nyttegjøres i størst mulig grad. På bakgrunn av pasientens ressurser kan man legge til rette miljøet på avdelingen, da dette vil øke selvfølelsen ved at pasienten gjør ting han mestrer. Dårlig selvbilde er et fellestrekk hos mennesker som selvskader seg. Det er derfor viktig at vi oppmuntrer de, og gir de tro på seg selv. Når pasientene viser fremgang i det å sette ord på følelser, er det viktig at vi som sykepleiere gir ros slik at pasientene får lyst til å gjenta disse handlingene. Det er derfor det er så viktig å oppnå gode relasjoner til disse pasientene. Man viser omsorg, gir de trygghet og man er til stede. Bare da kan vi vise at vi er til å stole på.

Gode relasjoner er viktig når pasienter er i en sårbar situasjon. Selv om sårbarheten varierer i styrke, er den likevel så merkbar at empati og støtte oppleves som viktig. Det er også viktig å stimulere pasientens ressurser, samtidig som man unngår å krenke hans autonomi og integritet. For å tolke situasjonen riktig må man finne en god balansegang mellom støtte og stimulans, og dette krever både finfølelse og evne til å lytte og kommunisere godt. Det å ha

evnen til å etablere et trygt og godt forhold til pasientene kan være avgjørende for de helsemessige resultatene (Eide og Eide, 2005).

I følge Hummelvoll tar psykiatrisk sykepleie sikte på å styrke pasientens egenomsorg, og gjennom dette løse eller redusere hans helseproblem. Man forsøker gjennom samarbeid og forpliktende felleskap å hjelpe pasienten til selvrespekt, og til å finne holdbare livsverdier. Alliansen mellom sykepleier og pasient preges av et arbeids- og opplevelsesfelleskap som har til hensikt å gi pasienten en bedre situasjonsforståelse, og selvvinnsikt i egen situasjon. Sykepleieren har et medansvar for at pasienten får et tilfredsstillende liv i et sosialt felleskap (Hummelvoll, 2005).

Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd av Aanderaa og Meling, er en artikkel som omhandler det å gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov. Avtalene i denne studien går ut på å ikke inngå kontrakter, men der kvaliteten i relasjonen og pasientens behov og autonomi er avgjørende. Selv om avtalene sto i fokus, måtte det være visse rammer og betingelser til stede for at dette skulle fungere. Som sykepleier må man være holdningsskapende med tanke på at vi er en viktig rollemodell i vårt arbeid med selvskadere. Det er viktig å oppnå tillit mellom sykepleier og pasient. Dette kan ta tid, og det må møysommelig bygges opp. Informantene mente at selvskadere ofte har lav selvtillit, og derfor kan det ofte forekomme unnvikelser fra avtalene. Å inngå avtaler med en voksen er ofte nytt for disse menneskene, og også det å ha tillit til et annet menneske. Det er viktig for oss som rollemodeller at vi begynner i det små, tar trinn for trinn og dermed blir disse avtalene mer overkommelige. Dette gjør at pasientene for større tillit til oss fordi de ser at det nytter. Vi skal ikke love de mer enn vi kan holde, og ofte må disse avtalene repeteres flere ganger. Ved å gå nøye gjennom situasjonen, kan man få tak i det som skaper forvirring. For at avtaler skal bli mest mulig forutsigbar, burde ytre stimuli i mest mulig grad avgrenses. I følge artikkelen forårsaker ofte pasientens sårbarhet utskjelling og avvisning av sykepleieren. Det er derfor viktig å kunne skille mellom de forskjellige reaksjonene til pasienten, slik at den terapeutiske relasjonen opprettholdes. I dette arbeidet vil derfor tillit, omsorg, kjærlighet og grensesetting være svært gjeldende (Aanderaa og Meling, 2004).

5.7 Hvordan sykepleiere forholder seg til pasientens indre smerte

En av informantene mente at selvskading kan komme av utrygghet i forhold til relasjoner. Svik og skuffelser fra voksent personell som gjør at de opplever indre smerte, og også store traumer av grov art. De uttrykker at det er bedre å ha vondt et sted på kroppen, enn inni seg. Dette ser vi igjen i Hege Sjølies artikkel om selvskading sett fra et brukerperspektiv, der brukerne selv forteller hvilke opplevelser de har i forhold til dette med selvskading.

I følge informantene forteller selvskaderne at det har vært mye fortielser og hemmeligheter, og at de ofte sliter med dårlig selvtillit. Dette gjør at de i mange tilfeller ikke bryr seg om verken utseende eller hvordan de fremstår ovenfor andre. De føler ofte selvforakt fordi de skuffer både seg selv og andre.

Hvis man tar utgangspunkt i et eksistensialistisk menneskesyn, så er hver enkelt pasient en unik og uerstattelig person. Og vår pasient er nettopp denne unike personen, og hvert enkelt menneske har sine personlige erfaringer og historier. For oss som sykepleiere er det å kjenne til hvordan pasientene opplever sin egen situasjon, og det å vite hvilken mening pasienten tillegger den, viktigere enn hvilke diagnoser pasientene har, sier Travelbee (Kristoffersen, 2005).

Å snakke uten ord er et uttrykk som ofte går igjen når man skal beskrive fenomenet selvskading. I følge artikkelen *Hva er selvskading*, kommer det fram at selvskadingen kan ha forskjellige meninger. Både klinisk og vitenskapelig litteratur viser at selvskadingens funksjon kan beskrives på flere måter: *Flukt fra ubehag, konkretisering av følelser, forsøk på å stoppe pågående tankekjør, selvstimulering, straff, hevn, ydmykelse, oppmerksomhet og kommunikasjon*. I denne artikkelen presenterer Favazza kriterier som innsnevrer gruppen av selvskadere. De fleste pasienter som betegnes som selvskadere, kommer inn under kategorien impulsiv selvskading. Han definerte selvskading som en "direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon" (Sommerfeldt og Skårderud, 2009).

Fra våre erfaringer i praksis så vi at mange måtte gå lenge i terapi for å kunne klare å sette ord på vonde følelser og smerte. De opplevde et voldsomt tankekaos og forstod ikke, og klarte ikke å sortere følelser. For å vise hvordan de hadde det inni seg ble det til at de kuttet/rispet seg. Noen viste fram sårene, andre dekte de til, mens noen viste de fram bare av og til. Hvis

selvskading er et uttrykk for en indre smerte, hvordan kan vi som sykepleiere vite hva en som selvskader seg prøver å uttrykke?

Det er i disse situasjonene vi føler at vi kan jobbe ut fra Joyce Travelbees omsorgsteori. Hun sier at det er veldig viktig å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasientene, der vi er likeverdige partnere, og ikke innehar forskjellige roller, slik at vi som sykepleiere har muligheten til å bli kjent med pasientene som person. Det som må vektlegges for å bli kjent er kommunikasjon og samhandling. Vi må snakke med pasientene på en slik måte at de føler at de kan åpne seg, og fortelle om deres situasjon og de vansker de har i livet sitt (Kristoffersen, 2005).

6 Oppsummering

Vi har i denne oppgaven prøvd å få frem hvordan vi som sykepleiere kan ivareta ungdom i institusjon som selvskader seg. Vi valgte temaet selvskading fordi vi synes dette er et spennende tema som vi ønsket å lære mer om. I teoridelen har vi presentert omsorgsteorien til Joyce Travelbee fordi vi mener at denne er viktig i relasjonen mellom sykepleiere og pasienter med psykiske problemer. Vi har belyst noen sentrale begrep som vi mener står sentralt i arbeidet med selvskadere, og ut fra disse kan vi se at gode relasjoner står sentralt i arbeidet med selvskadere. Det finnes ingen fasitsvar på hvordan man skal håndtere selvskading, og dette har gjort det vanskelig å komme frem til en klar konklusjon på hvordan vi som sykepleiere kan ivareta denne gruppen pasienter. Vi må unngå at pasientene regredierer i et behandlingsmiljø der ansvaret i stor grad kan bli overtatt av personalet. Behovet for oppmerksomhet og personalressurser vil være nærmest umettelig for pasientene, og veien tilbake etter regresjon kan være tung. Det beste for pasientene er om vi som sykepleiere finner andre behandlingsalternativer, men det er bare pasienten selv som kan avgjøre når selvskadingen ikke lenger er tvingende. Denne oppgaven har gitt oss kunnskap om psykiatrisk sykepleie, og hvordan vi skal sikre at den enkelte pasient får riktig sykepleie til rett tid.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

Brinchmann, Berit Støre (2005). *Etikk i sykepleien*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Dalland, Olav (2002). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Eide, Tom (2005). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *Helt ikke stykkevis og delt*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 4 og 2*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sjølie, Hege (2006). *Selvskading fra et brukerperspektiv*.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid i Kompendium i psykiatrisk sykepleie, Kull 06 Vår (2008).

Selvvalgt litteratur

Arnold, Louis og Magill, Anne (2005). *Arbeid med selvskading.*

Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Side 1-67 67 sider

Arnold, Louis og Magill, Anne (2005). *Er det så farlig?*

Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Side 1-42 42 sider

Eide, Hilde og Eide, Tom (2005). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk.*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Side 7-33 26 sider

Henriksen, Anne Thorsvik (2007). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon.*

Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Side 1-62 62 sider

Morseth, Lea (2001). *Fenomenologi og hermeneutikk: teoretisk og metodologisk tilnærming.*

På svt.ntnu.no.

<http://www.svt.ntnu.no/psy/studiet/forelesninger/host-2001/psy200/lea.morseth-200-4.pdf>

Side 1-5 5 sider

Øverland, Svein (2006). *Selvskading.*

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Side 13-44, 61-77, 79-121, 197-211 103 sider

Sum antall sider selvvalgt litteratur 305 sider

Forskningsbaserte artikler

Brodtkorb, Kari (2001). *Selvskading og sykepleie*.
Vård i Norden, 2/2001.

Mehlum, L. og Holseth, K. (2009). *Selvskading – hva gjør vi?*
Tidsskrift for Den norske Legeforening, Nr. 8/16. april 2009.
www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1823950

Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. (2009). *Hva er selvskading?*
Tidsskrift for Den norske Legeforening, Nr. 8/16. april 2009.
www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1823575

Aanderaa, Målfrid Madland og Meling, Målfrid (2004). *Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd*.
Vård i Norden, 2/2004.

Vedlegg 1

HØGSKOLEN I BODØ
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
TLF. 75 51 72 00 TELEFAKS 75 51 75 70



Jnr. _____

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: hvorfor kan vi som sykepleiere ivareta norsk ungdom innlagt i psykiatriske institusjoner som drives med seg sladding?

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven ønsker vi å få en bedre forståelse av nettkunnskap for å bedre kunne gi råd og veiledning, slik at pasientene kan være i stand til å mestre sin livssituasjon på best mulig måte.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju, dersom dette lar seg gjennomføre.

Respondenter / intervjupersoner: aktuelle sykepleiere.

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: mindmapptaker, opptakert vil bli støttet etter bruk.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: i løpet av juni 2009

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Vedlegg 2

Sykepleiestudenter Kull 06 Vår
Høgskolen i Bodø
8450 Stokmarknes

Stokmarknes 16/5-09

BACHELOROPPGAVE – SELVSKADING

Vi er 3 sykepleiestudenter som ønsker å skrive en bacheloroppgave om temaet selvskading. I denne anledning skal vi gjennomføre et «fokusgruppeintervju», der vi ønsker å intervju tre personer med sykepleiefaglig bakgrunn.

Problemstillingen vår har vi avgrenset til å gjelde ungdom og selvskading, og hvordan vi som sykepleiere kan ivareta disse pasientene. Vi lurte på om dere kan være behjelpelig med dette?

Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker, og slettet etter bruk. Alle opplysningene vi bruker i oppgaven vår vil bli anonymisert. Intervjuguiden vil bli sendt dere i forkant, slik at dere kan lese gjennom spørsmålene, noe som gjør det enklere både for dere og oss. Vi håper å kunne gjennomføre intervjuet før sommerferien.

Vi håper på snarlig positiv respons på denne henvendelsen.

Med vennlig hilsen

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

1. Hvor har dere tatt utdanningene deres?
2. Hvor har dere jobbet lengst?
3. Hvilke profesjoner har dere samarbeidet med?
4. Hvilke erfaringer har dere i forhold til selvskading, når det gjelder kutting, risping, eksempler?
5. Har dere faste rutiner på hvordan dere håndterer pasienter som selvskader seg?
Hvilke?
6. Hva fokuserte dere på i de aktuelle situasjonene, det fysiske eller det psykiske?
7. Hva skjedde med pasienten? Hvordan ble utfallet?

8. Hva gjorde dette med dere? Fikk dere veiledning i etterkant?

9. Hvilke dilemma opplevde dere?

10. Hva er den største årsaken til at ungdom selvskader seg er?

11. Hvilke andre profesjonsgrupper samarbeider dere med i arbeidet med selvskadende ungdom?

12. Er det noe dere ønsker å si som dere føler ikke er kommet frem?