



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 351

Leveringsfrist: 18.02. 2010. kl. 14:00 Studenttorget

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Antall ord: 7682

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Aina Skorpen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Møte med det lidende menneske



Grenslandet

Spenningen

i grenslandet.

Mellom kaos og orden.

De dristige linjene.

Skjønnheten i usikkerheten.

Rommet vider seg ut.

Vi skyver grensene utover.

Et gyllent øyeblikk

uten klokke

uten beregning.

-Halldor Skard-

Sammendrag:

Tittelen på studien er: *Møte med det lidende menneske*. Bakgrunn for valg av tema er at jeg i psykiatripraksismøtte mennesker med ulike psykiske lidelser. Selvskading var en av disse lidelsene og jeg følte dette var vanskelig å forholde meg til. Jeg har lite kunnskap om denne lidelsen og har derfor valgt å arbeide ut ifra problemstillingen: ”Hvordan forstå selvskading og hvordan kan sykepleier gjennom samhandling med pasienten bidra til at hun mestrer sine følelser på en mer hensiktsmessig måte?”.

Hensikten med oppgaven er å forsøke å forstå selvskading og undersøke hvordan sykepleier kan samhandle med pasienten for å finne et tryggere ståsted i møte med et lidende menneske. Jeg ønsker gjennom arbeidet med oppgaven å stå bedre rustet i møte med mennesker som trenger mitt bidrag til å komme ut av destruktive handlingsmønstre.

Jeg har valgt en kvalitativ metode med systematisk litteraturstudie. Data er hentet fra pensumlitteratur og fagbøker. I tillegg har jeg søkt i databaser for å finne vitenskapelige artikler og fagtidsskrifter.

Resultater av funnene er at det er store utfordringer i møte med mennesker som skader seg selv. Pasientene har vansker med å fungere i samspill med sine omgivelser. Dette fører til mellommenneskelige konflikter. For å hjelpe pasienten til bedre mestring, kan avtaler brukes som et verktøy.

Ved å skape et miljø bestående av samhandling, kommunikasjon, opparbeidelse av gjensidig tillit, gi pasienten håp og en anerkjennende holdning til pasienten kombinert med mild grensesetting, kan sykepleier hjelpe pasienten til bedre mestring av følelser.

Summary:

The title of this study is: Meeting with the suffering human being. Background for choice of topic is that I have a psychiatry practice, met people with various mental disorders. Self-harm was one of these disorders and I felt this was difficult to remain it. I have little knowledge about this disorder and have chosen to work on the basis of the problem: "How to understand self-harm and how can nurse through interaction with patient, help her to master her emotions in a more appropriate manner?"

The purpose of this study is to try to understand self-harm and to investigate how nurse can interact with the patient to find a safer point of view when meeting suffering human being. I want to be better prepared to meet people who need my contribution to come out of a destructive behavior.

I have chosen a qualitative method with systematic study of literature. Data are from course literature and professional books. I searched in databases to find scientific articles and journals.

Results of the findings are that there are major challenges in meeting people who harm themselves. Patients have difficulties to interact with their surroundings. This leads to interpersonal conflicts. To help the patient to better mastering, agreements can be used as a tool.

By creating an environment consisting of interaction, communication, preparing on mutual trust, give the patient hope, and an appreciative attitude toward the patient, combined with boundaries, the nurse can help the patient to better mastery of emotions.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning av problemstilling	1
1.4 Oppgavens oppbygging	1
1.5 Hensikten med oppgaven.....	1
2.0 Teori	2
2.1 Bakgrunn for utvikling av selvskading.....	2
2.2 Forekomst av selvskade.....	2
2.3 Definisjon av selvskade	3
2.4 Selvskadingsmetoder	3
3.0 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	4
3.1 Kommunikasjon.....	5
3.2 Håp.....	5
4.0 Sykepleiers grunnleggende verdiforutsetninger.....	5
4.1 Sykepleiers oppgaver.....	6
4.2 Sykepleier og pasient.....	6
4.3 Tillit.....	7
4.4 Stress og mestring.....	7
4.5 Grensesetting og anerkjennelse	8
4.6 Empowerment.....	8
5.0 Metode.....	9
5.1 Hva er metode?.....	9
5.2 Litteraturstudie.....	10
5.3 Valg av metode og litteratur	10
5.4 Begrunnelse for å velge bort litteratur, fordeler og begrensninger ved valgene	11

5.5 Vurdering av litteraturens kvalitet og aktualitet, samt etiske vurderinger	11
5.6 Søk og søkeord	12
Søkehistorikk	12
5.7 Presentasjon av funn fra litteratursøket	14
5.7.1 Selvskading og sykepleie	14
5.7.2 Selvskading og miljøterapi	14
5.7.3 Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal adferd.	15
6.0 Drøfting	16
6.1 Sykepleiers ståsted	16
6.2 Forståelse av selvskading	16
6.3 Forståelse av bakgrunn for utvikling av selvskading	17
6.4 Holdning	18
6.5 Samhandling gjennom kommunikasjon	18
6.6 Tillit	20
6.7 Forpliktende avtaler	20
6.8 Håp	21
6.9 Mestring av stress gjennom anerkjennelse og grensesetting	22
7.0 Konklusjon	23
8.0 Avslutning	23
Litteraturliste	24
Vedlegg	27
Tabell I	27
Tabell II	30
Tabell III	31
Vedlegg 2	35
Skyfri himmel	35

1.0 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I psykiatripraksis møtte jeg problematikken med selvskading. I møte med og samtaler med en pasient, forstod jeg at mye av årsaken til disse vanskene lå i hennes bakgrunn og livshistorie. Jeg forstod at hun hadde vansker på flere områder i livet og at lidelsen hindret henne å leve et fullverdig liv. Mitt inntrykk var at pasienten gjerne ville lære å mestre sitt liv på en annerledes måte, men at dette var vanskelig og tok tid. Jeg følte meg usikker på hvordan jeg best kunne møte henne. Derfor har jeg tatt utgangspunkt følgende problemstilling.

1.2 Problemstilling

Hvordan forstå selvskading og hvordan kan sykepleier gjennom samhandling med pasienten bidra til at hun mestrer sine følelser på en mer hensiktsmessig måte?

1.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg har valgt å ha fokus på å forsøke å forstå og hva som ligger til grunn for selvskading. I tillegg vil jeg se på hvordan sykepleier kan samhandle med pasienten. På grunn av oppgavens begrensede omfang, har jeg valgt å se bort fra samhandling med andre aktører slik som psykolog, leger, pårørende og miljøet i en psykiatrisk avdeling.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg vil forklare hva hensikten med oppgaven er og presentere teori i tilknytning til temaet. I metodedelen forklarer jeg hva metode er og hvordan jeg har gått frem for å finne aktuell litteratur for å finne svar på problemstillingen. Jeg presenterer også tidligere forskning om temaet sykepleieres forhold til selvskading. Til slutt drøfter jeg teorien jeg har funnet tilknyttet problemstillingen, konklusjon og avslutning.

1.5 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å forsøke å forstå selvskading og undersøke hvordan jeg som sykepleier kan samhandle med pasienten for finne et tryggere ståsted i møte med individet.

Jeg ønsker også å legge et bredere grunnlag som sykepleier for å kunne holde fokus på et individ som trenger mitt bidrag for å komme seg ut av et destruktivt handlingsmønster.

Som fremtidig sykepleier vil jeg møte menneskelige lidelser i mange former. Derfor har jeg valgt å kalle oppgaven for: *Møte med det lidende menneske*. Slik kan jeg opparbeide meg

kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til at mennesker som befinner seg i vanskelige livssituasjoner kan oppleve mestring.

2.0 Teori

2.1 Bakgrunn for utvikling av selvskading

Ifølge Walsh og Rosen (1998) og Ystgaard (2003) er det klare statistiske sammenhenger mellom selvskading og negative livshendinger. Ystgaard (2003) fant sammenheng mellom selvskading og det å ha blitt utsatt for fysiske overgrep, kontakt med politiet, narkotikamisbruk og det å ha vært beruset mer enn ti ganger. (siteret i Øverland, 2006)

Flere undersøkelser har vist at jenter som har vært utsatt for seksuelle overgrep har større tendens til selvskading. I tillegg fant undersøkelsene at for begge kjønn var det sterkest sammenheng mellom selvskading og det at jevnaldrende skadet seg selv. (Øverland, 2006).

Hawton (2002) har funnet sammenhenger mellom selvskade og mobbing, misbruk av narkotika, egenskade blant familiemedlemmer og bekymring for seksuell orientering. Gratz (2003) fremhever særlig ulike indikasjoner for utrygg oppvekst. (siteret i Øverland, 2006). Undersøkelser foretatt av Gratz(2003), Gratz mfl. (2002), Lindgren mfl. 2004) og McAllister (2003) har vist sammenheng med selvskade og usikker tilknytning til omsorgsgivere, langvarig separasjon eller ha blitt forlatt av eller emosjonelt forsømt av omsorgspersoner. (siteret i Øverland, 2006).

Det finnes like mange bakenforliggende skjebner og forståelser for denne pasientgruppen som det finnes pasienter. Pasienter som er innlagt på psykiatrisk sykehus, er like forskjellige som alle andre. Pasienter med samme problematikk og samme diagnose kan fremstå som svært ulike.(Øverland, 2006).

Palmer(2008) sier det viktigste er å møte pasienten med respekt og følsomhet, men at det finnes mange myter omkring selvskading. Noen av disse er at selvskading blir betraktet som mislykket selvmordsforsøk og mennesker som selvskader er manipulerende eller søker oppmerksomhet. En annen myte er at hvis selvskadingen overses, er sannsynligheten mindre for at det vil skje igjen.

2.2 Forekomst av selvskade

I følge Ystgaard (2006) forteller CASE-studien (Child and Adolescent Selfharm in Europe) at 10,7 % av elevene på første trinn i videregående skole i Norge har utført handlinger som

klassifiseres som selvskading. Tre ganger så mange jenter som gutter skadet seg selv. (sitert i Renolen, 2008).

Selvskading har blitt mer vanlig, men fenomenet er fremdeles tabubelagt og forbundet med skam. Det blir møtt med vantro over at noen med vitende og vilje ønsker å påføre seg selv smerte og arr. Og spørsmålet som stilles er fremdeles ”Hvorfor gjør de det?” (Øverland, 2006).

Starr (2004) siterer en som ropte etter at hun hadde skadet seg selv: ”The pain is so bad, this is the only way to get it out.”

Selvskading er på mange måter et symptom på lik linje med andre symptomer, selv om det i sin natur synes spesielt avskyelig og uforståelig. (Øverland, 2006).

2.3 Definisjon av selvskade

Thorsen (2006) definerer selvskade slik:

”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 man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt” (sitert i Øverland, side 17).

Definisjonen får frem at i stedet for å dø, brukes smerten til å kunne fortsette å leve. (Øverland, 2006).

2.4 Selvskadingsmetoder

Den vanligste selvskadingsmetoden er kutting. Det kan også dreie seg om plukking, brenning, biting, hodedunking, riving av negleband eller negler til de blør, napping av hår, slåing av seg selv eller andre destruktive aktiviteter. (Herheim og Langholm, 2006)

Det kan være vanskelig å forholde seg til eller forstå selvskading. Allikevel kan de fleste kjenne seg igjen i at det kan være lindrende å klype seg selv for å avlede oppmerksomheten fra det stedet som verker. (Herheim og Langholm, 2006).

3.0 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Travelbees teori har fokus på sykepleiefagets mellomenneskelige dimensjon. Hun hevder at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse av hva som skjer mellom sykepleier og pasient, hvordan denne interaksjonen kan oppleves, og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og dennes tilstand.(sitert i Kirkevold, 1998).

Joyce Travelbee ser på sykepleie som en mellomenneskelig prosess i forholdet sykepleier og pasient. Hun definerer sykepleie på denne måten:

Sykepleie er en mellomenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (sitert i Travelbee s. 29.).

Hun sier også at: *det å bli kjent med pasienten er like gyldig og nødvendig aktivitet som det er å utføre prosedyrer og yte fysisk pleie. Hver interaksjon kan fremme bli-kjent-med-prosessen. Hvis ikke interaksjonen bevisst betraktes som et medium for å nå målene, er det en stor fare for at aktivitetene som sykepleieren utfører, blir satt foran mennesket som handlingene utføres for.* (sitert i Kirkvold, 1998, s. 119).

Ifølge Travelbee kan et menneske-til-menneske-forhold kun eksistere mellom konkrete mennesker. Hun ser på interaksjonen mellom sykepleier og pasient som et forhold mellom to likeverdige individer, ikke mellom rollene som sykepleier og pasient. Relasjonen mellom disse to utvikler seg gjennom flere faser som begynner med det innledende møtet, individenes identitet trer tydeligere frem, empati oppstår, sympati følger den empatiske prosessen. Denne prosessen fører til gjensidig forståelse og kontakt og er et resultat av interaksjonene i de forutgående fasene.(sitert i Kirkvold, 1998).

Travelbee tar utgangspunkt i at mennesket er et uerstattelig og enestående individ. Hvert enkelt individ lever kun en gang i denne verden. Individet er lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller vil leve. Mennesket tar som individ del i erfaringer som er fellesmenneskelige, slik som sykdom, lidelse og tap, men det konkrete mennesket har sin personlige opplevelse av erfaringene. (sitert i Kirkevold, 1998).

3.1 Kommunikasjon

Travelbee sier at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleier har. Det er en gjensidig prosess og kanal for å overføre tanker og følelser og en forutsetning for å hjelpe pasienten til å mestre sin lidelse og finne mening i disse erfaringene. Når mennesker møtes skjer kommunikasjon kontinuerlig, både verbalt og nonverbalt. Sykepleiers hensikt med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten. Slik kan hun finne frem til og fylle pasientens behov. (sitert i Kirkvold, 1998).

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske *communicare*. Det betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. (Eide og Eide, 2008).

3.2 Håp

Travelbee mener at ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, vil sykepleieren hjelpe dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville ha gjort.

Hun understreker betydningen av å ha et håp når hun karakteriserer håpet som en motiverende impuls som gir den syke energi. Dette gjør henne i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i vanskelige oppgaver som forbindes med å være i en rehabiliterings- eller endringsprosess. (sitert i Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005).

4.0 Sykepleiers grunnleggende verdiforutsetninger

§ 1 i Helsepersonelloven(1999) sier at lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienten og kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

Verdigrunnlaget for sykepleie er nedfelt i INCs etiske regler for sykepleiere (International Council of Nurses 2000) og Norsk sykepleieforbunds(NSF) Yrkesetiske retningslinjer (2001) for sykepleiere. Punkt 1 forteller at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneskes liv og iboende verdighet. Videre sier retningslinjene at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. (Kristoffersen et al., 2005).

4.1 Sykepleiers oppgaver

Sykepleier arbeider med å skape et miljø omkring pasienten som gir grobunn for utvikling og vekst. For å få et helhetlig bilde av pasientens helseproblem må det innhentes data. Det legges vekt på pasientens egen oppfatning av problemene og årsakene til dem og på pasientens personlige ressurser og ressurser i hjemmemiljøet. Sykepleier ser på hver enkelt pasient som enestående og kan derfor ikke behandles mekanisk. (Hummelvoll, 2006)

Når pasienten ikke selv ser sammenheng mellom utløsende årsak og problemet, må sykepleier drøfte dette sammen med henne. Dette forutsetter at pasienten er i stand til dette. Mål formuleres ut ifra hva pasienten anser som ønskede virkning av behandlingen. (Hummelvoll, 2006).

Alle mennesker har vellykkede egenskaper. Sykepleiers ansvar er å peke på disse og stimulere bruken av dem i samarbeid med pasienten. Det er nødvendig å vise respekt for pasientens rettigheter og integritet. Som en lidende person, møter sykepleier pasienten med oppmerksomhet, passende utfordringer og omsorg. (Hummelvoll, 2006).

4.2 Sykepleier og pasient

Pasientrettighetsloven(1999) § 1-1 forteller at lovens formål er å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Punkt 2 i NSF's yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier ivaretar den enkeltes pasients integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til medbeslutning og retten til ikke å bli krenket. (Kristoffersen et al. 2005)

Palmer (2008) sier i sin artikkel som omhandler akutt hjelp til selvskadere, at holdningen til personalet har stor effekt på pasienter som skader seg selv. Hun sier at personalet ikke skal gi denne pasientgruppa spesiell oppmerksomhet, men behandle dem med samme respekt som andre samtidig som de tar hensyn til deres emosjonelle stress.

Fellesskapet mellom sykepleier og pasient er basert på gjensidighet. Det som står sentralt er pasientens behov. Ut ifra sine forutsetninger er pasienten en aktiv deltaker. Forandring og tilpasning av pleieplan skjer sammen med pasienten. For at pasienten skal forstå sitt helseproblem bedre, kan det være nødvendig at sykepleier underviser og veileder pasienten. For at pasienten skal kunne samarbeide og ta ansvar, må det sikres at pasienten har forstått og er enig i de tiltak som skal utprøves. Sykepleier lytter til pasienten og hjelper henne til å gi

utrykk for følelser og tanker. Pasienten oppmuntres til å fungere så selvstendig som mulig, men i perioder kan det være nødvendig at pasienten tillates avhengighet. (Hummelvoll, 2006).

4.3 Tillit

Tillit er nødvendig og fundamental i alt menneskelig samvær og er en forutsetning for all menneskelig eksistens og alt menneskelig samvær. Er man usikker på om man får hjelp når man er syk og hjelpetrengende, vil tilliten til den som skal hjelpe, bli erstattet med mistillit og angst. (Lillestø, 2004)

Å vise tillit er å våge seg fram og utlevere seg selv til den andre. Når en viser tillit, gjør en seg selv på samme tid sårbar. Man kan ikke skape tillit, men man kan handle slik at man blir den andres tillit verdig. Tillit består i at man tror på den andre, at hun snakker sant og at den andre vil en det beste. Men når man viser tillit, blottes man seg. Det utløses derfor en sterk følelsesmessig reaksjon når man opplever at man ikke blir tatt imot. (Nielsen, 2005).

4.4 Stress og mestring

Lazarus og Folkman (1984) sier at stress kan ses som et samspill mellom individet og omgivelsen. Stress oppstår i spenningsforholdet mellom person og omgivelser der personen vurderer omgivelsene som så belastende at ressursene ikke strekker til, og dermed truer ens tilpasning. Om hendelsen eller situasjonen oppleves som stressfylt eller ikke for den enkelte, avhenger av den tankemessige vurderingen av situasjonen eller hendelsen og de muligheter til mestring individet har til rådighet. (Bunkholdt, 2002).

Lazarus og Folkman (1980) skiller mellom to typer strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Problemorientert mestring omfatter forskjellige typer direkte og aktive strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. Eksempler på dette kan være at individet analyserer årsaken til problemet, definerer og avgrensede problemet, søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte, å ta initiativ til å forandre situasjonen eller forhindre at den gjenoppstår, bearbeide situasjonen følelsesmessig. (Kristoffersen et al, 2005).

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som har til hensikt å endre opplevelsen av en situasjon i stedet for å endre selve situasjonen. Eksempler på dette er at individet bevisst forsøker å beherske følelsene ved å tenke på noe annet, bagatellisere alvor, unngår informasjon, overlater ansvaret til andre. Hensikten med strategiene er primært å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe de følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller ved

å endre situasjonens meningsinnhold. Denne strategien er helt nødvendig i situasjoner som ikke kan endres. (Kristoffersen et al, 2005).

Moe (2008) skriver i sin artikkel "Fra å sette arr på det til å sette ord på det: Det er ikke vondt å kutte men det gjør jævlig vondt å la være" at kvinner som slutter med selvskading ofte beveger seg inn i ulike former for destruktivitet. Det å slutte å kutte seg er nødvendigvis ikke bevis på at nye mestringsstrategier er etablert, men vitner om mot og vilje til å få noe til noe annet.

4.5 Grensesetting og anerkjennelse

Pasient og sykepleie er i utgangspunktet i en asymmetrisk relasjon til hverandre. For å viske ut eller redusere avstanden mellom sykepleier og pasient, er det nødvendig at sykepleier anerkjenner pasienten. Wallin Weihe hevder også at anerkjennelsesbegrepet¹ utfyller omsorgsbegrepet². Dersom anerkjennelse blir forstått som en viktig bestanddel av omsorgens innhold, i motsetning til å være komplementær³, vil anerkjennelse være en av røttene i arbeidet med å yte omsorg. Det å føle seg sett er viktig for alle mennesker, og spesielt viktig for en person som er i en psykisk belastende situasjon. Lavt selvbilde og en brist i mestringssevnen kan forsterkes hvis individet blir oversett og sulteforet på respons. (Ingeberg, Tallaksen og Eide, 2006).

Grensesetting har i psykisk helsearbeid til hensikt å korrigere avvikende atferd ved å forsøke å begrense eller stoppe atferden og slik skape kontroll. Hjelperne har fokus på å skape et forutsigbart og stabilt miljø. Rollene hjelperne går inn i overfor pasientene er blant annet å gå inn i en omsorgs- og oppdragerrolle ved å gi råd og anbefaling om atferd, informere om regler for atferd og konsekvenser for regelbrudd, trygge pasienten. Videre appellerer de til pasientens fornuft ved å realitetsorientere og påpeke negativ adferd. De avleder, ignorerer, overhører, gir enten-eller-valg, belønner, straffer. Hjelpere går også inn i en vokterrolle som stopper pasienten. Dette kan gjøres ved å skjerme og isolere. De kan også tvinge pasienten mekanisk, fysisk, kjemisk eller til egenomsorg. (Vatna, 2006).

4.6 Empowerment

Empowerment kan oversettes med, bemyndige, livsstyrketrening eller styrking. WHO's definering av empowerment er "en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger

¹ Anerkjennelse: erkjenne som riktig, berettiget, gyldig, godta, akseptere, innrømme, respektere, hylle (ordbok.com)

² Omsorg: det å sørge for, omhu, omtanke

³ Komplementær: utfyllende

og handlinger som berører helse”. Empowermentbegrepet står sentralt i helsefremmende arbeid og det at pasienten er delaktig i avgjørelser som har med eget liv og helse, er sentralt. (Tveiten, 2007). Pasienten har ifølge Pasientrettighetsloven(1999) § 3-1 og 3-2 rett til medvirkning og informasjon. Fravær av empowerment kan beskrives som innbilt eller reell maktesløshet, hjelpeløshet, fremmedgjøring og opplevelse av ikke å ha kontroll over eget liv. På individnivå handler empowerment om selvkontroll, tro på egen evne og ha mulighet til mestring. (Tveiten, 2007).

5.0 Metode

5.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (1985) sier dette om metode: ”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 dette arsenalet av metoder. (sitert i Dalland, 2007, side 83).

De to begrepene vitenskap og metode henger nøye sammen. Ifølge Tranøy (1986) er det å være vitenskapelig å være metodisk. Metoden er redskapet vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Ved hjelp av metoden samler vi inn data som er informasjonen vi trenger til vår undersøkelse. Det skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode former informasjonen om til målbare enheter som gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner som å finne gjennomsnitt og prosenter i en større mengde. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles. Begge metodene tar sikte på å bedre forståelsen av samfunnet vi lever i og hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner handler og samhandler. (Dalland, 2007).

Et empirisk spørsmål betyr at vi stiller spørsmål om hvordan noe er i virkeligheten. Empiri er det samme som kunnskap som er bygd på erfaring. De grunnleggende normer innenfor forskning om hvordan en bør gå frem for å få svar på empiriske spørsmål er at resultatene skal stemme med virkeligheten, systematisk utvelgelse og nøyaktig bruk av data, forskerens førforståelse klargjøres, resultatene skal kunne kontrolleres og forskningsvirksomheten skal helst være kumulativ⁴. (Dalland, 2007).

⁴ Kumulativ betyr at det bygges videre på forskning som allerede foreligger og som vi har tillit til. (Dalland, 2007)

5.2 Litteraturstudie

Litteraturstudie baseres på at det finnes nok informasjonskilder og bygger på vitenskapelige artikler og rapporter. Ut ifra et valgt problemområde innebærer litteraturstudie å søke systematisk, kritisk granske, analysere og sammenligne litteraturen som finnes.

Litteraturstudie skal inneholde klart formulert spørsmålsstillinger, kriterier og metode for søking og utvalg av artikler skal beskrives, relevante studier inkluderes, studiene er kvalitetsbedømt, svake studier velges bort, metaanalyse⁵ anvendes for å sammenligne resultat fra flere små studier, pasientene i studier ligner pasientene i virksomheten resultatet skal generaliseres til, betraktning av alle kliniske konsekvenser, nytte, risiko og kostnader presenteres. (Forsberg og Wengström, 2008).

5.3 Valg av metode og litteratur

Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ metode med systematisk litteraturstudie. Grunnen til å velge denne metoden er at jeg tror den vil gi gode data slik at jeg kan belyse spørsmålet på en faglig, interessant og tankevekkende måte. (Dalland, 2007).

Ut ifra min problemformulering, har jeg søkt systematisk, gransket, analysert og sammenlignet litteraturen som jeg har funnet. (Forsberg og Wengström, 2008).

Jeg har valgt å benytte biblioteket ved Høgskolen Stord/ Haugesund, avdeling Stord, for å innhente data om temaet jeg valgte. Jeg søkte i BIBSYS for å få en oversikt over hvilken litteratur som fantes på Høgskolens bibliotek. I tillegg fikk jeg god hjelp av bibliotekansatte til å finne relevant litteratur. Jeg fant mye faglitteratur om emnet selvskaade, både på norsk, svensk, dansk og engelsk. Men litteratur om sykepleie spesielt rettet mot de som skader seg selv har jeg funnet mindre om.

Når det gjelder faglitteratur om emnet har jeg valgt litteratur som ikke eldre enn ti år, med unntak av Kirkvolds bok om sykepleieteoretikere. Grunnen til at jeg har brukt Kirkvold, er at hun bruker direkte sitat fra Travelbees teori og at hun belyser denne teorien på en oversiktlig måte.

I tillegg har jeg søkt i helsefaglige nettressurser og helsefaglige artikkeldatabaser. Jeg satte som begrensinger for søket at artiklene skulle være i fulltekst og ikke eldre enn ti år.

⁵ Metaanalyse: En statistisk metode der resultat av to eller flere empiriske studier kombineres. (Nortvedt et. al, 2007).

5.4 Begrunnelse for å velge bort litteratur, fordeler og begrensninger ved valgene

Det vært vanskelig å begrense valget av litteraturen som finnes om temaet jeg har valgt fordi det finnes mye om emnet psykiatri og psykiske lidelser. Jeg har funnet en del litteratur om behandlingsmetoder og modeller. Disse har jeg valgt bort fordi det blir for omfattende i forhold til antall ord jeg har til rådighet.

Å finne litteratur skrevet av selvskadende pasienters opplevelse av møtet med sykepleiere har vært vanskelig, men en hel del av artiklene som finnes, refererer til sykepleieres møte med pasienter. Noen artikkelforfattere siterer direkte utsagn fra pasienter.

Jeg har hovedsaklig brukt pensumbøkene og supplert med andre fagbøker og tre kvalitative studier. I tillegg har jeg brukt artikler jeg har funnet ved å søke i nettressurser.

Jeg brukt både primær og sekundærkilder. Ved å bruke primærkilder, sikres det at teksten ikke er bearbeidet og presenteres av en annen enn den opprinnelige forfatteren, det er da sikkert at den opprinnelige teksten ikke er endret. I tillegg skal det henvises til kildene som er brukt og ikke gjengi andre tanker som sine egne. (Dalland, 2007).

Sekundærkilder har jeg i mange tilfeller brukt da det har vært vanskelig å finne primærkilden.(Dalland, 2007). Eksempel på dette er når forfatteren henviser til undersøkelser som er gjort.

5.5 Vurdering av litteraturens kvalitet og aktualitet, samt etiske vurderinger

Etikk handler om normer for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi meg veiledning og grunnlag før jeg handler.(Dalland, 2007). I litteratursøket har jeg hatt dette som rettesnor og på denne måten unngått litteratur jeg vurderer som mindre seriøse, og nettsteder som ikke er kvalitetsvurdert.

Det er strenge etiske krav til prosjekter i forbindelse med forskning på pasienter. På internasjonalt nivå er det Helsinkideklarasjonen (1964) som stiller krav til forskning. På nasjonalt nivå er det regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK) som er komiteer som er satt til å forvalte spørsmål om etisk forsvarlighet i medisinsk og helsefaglig forskning. Personer som selv kan svare ja eller nei på å bli med i forskning, faller utenfor en slik vurdering. Det vil si at de som behøver beskyttelse, for eksempel barn,

pasienter eller psykisk utviklingshemmede ikke kan forskes på uten at det er gitt klarsignaler på at det er etisk forsvarlig. (Bjørk og Solhaug, 2008).

Ved valg av studiene satte jeg som krav at de skulle inneholde tilnærmet lik pasientgruppe som pasienten jeg tar utgangspunkt i. De skulle også følge IMRaD strukturen som betyr at artikkelen har innledning, metode, resultat og diskusjon som innhold. Spørsmålet om jeg kan stole på resultatene av undersøkelsen, ligger under metodedelen. Her stilles spørsmål om utvalg, datasamling, målemetoder og analyse.(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar, 2007).

5.6 Søk og søkeord

Jeg har utført søk i databasene ProQest, SveMed+ og Vård i Norden. Brukte søkeord er: “selvskading”, “self injurious”, “self mutilation”. “self harm”, “self injurious behavior” og “nurses”. Jeg søkte i Vård i Norden og SveMed+. Utvalg av litteratur i forhold til søkeordene var der såpass lite og oversiktlig, at jeg søkte ikke videre med å kombinere med andre søkeord. I søkemotoren ProQest var litteraturutvalget stort og uoversiktlig. Jeg fant det da nødvendig å kombinere søkene slik at jeg lettere kunne velge ut det som var mest relevant for mitt emne.

Databasene Vård i Norden, ProQest og SveMed+ regner jeg som seriøse og stoler derfor på at artiklene er av god kvalitet. Gjennom min gransking av litteraturen, valgte jeg tre kvalitative studier og tre artikler.

Emergency Nurse, Suicidologi, Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health
Servicessom artiklene er hentet fra, vurderer jeg som seriøse kilder som ivaretar de etiske aspektene.

Søkehistorikk

Nr.	Søkeord	ProQest	SveMed+	Vård i Norden
1	Selvskading		15	3
2	Self injurious		37	
3	Self mutilation	170	11	
4	Self harm	631		

5	Self injurious behavior	464		
6	Nurses	91284		
7	4 og 6	45		
8	3 og 6	8		
9	5 og 6	26		

5.7 Presentasjon av funn fra litteratursøket

Funnene i artiklene viser at det er store utfordring i møte med mennesker som skader seg selv. Pasientenes vansker med å fungere i samspill med sine omgivelser fører til mellommenneskelige konflikter og vansker med å holde ut i pasientrelasjoner. Men ved å lage avtaler med pasienten, kan dette hjelpe pasienten til å holde fokus på noe konkret. Dette kan hjelpe pasienten til bedre mestring.

5.7.1 Selvskading og sykepleie

Av Kari Brodtkorb (2001)

Kvalitativ studie

Hensikten er å finne hvordan sykepleie kan hemme/og eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv.

Funnene viser at personalet har vanskelig for å forstå selvskadende atferd, men prøver å forstå dette ved å forklare det ved at det er en bønn om hjelp og en måte og kommunisere på. Følelsesmessige i forhold til pasientene er plassert på en skala fra antipati til sympati. Følelser som trang til å verne om pasienten og medlidenhet og sinne og frustrasjon er nevnt. Personalet forholder seg til pasienten ut ifra hvordan de forstår selvskadingen. Studien tar for seg flere dimensjoner slik som ansvar, samarbeid, kontrolltiltak, appellering til pasientens ansvarsfølelse og lære pasienten hvordan oppnå større kontroll.

Funn fra denne studien ligger under vedlegg. (Tabell I)

5.7.2 Selvskading og miljøterapi

Av Anne Marie Rovik (2007)

Kvalitativ studie

Hensikten var å gjøre en analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading.

Forskerne fant at personalet har vanskelig for å forstå selvskading. De føler uforutsigbarhet, angst og redsel for når selvskading kan skje. De leter etter forklaringer på hvorfor pasienter skader seg selv. Sykepleierne manglet felles faglig plattform ved holdning og tilnærming til pasientene. Konflikter oppstod blant pleierne i forhold til om selvskading kunne tillates eller ikke. Ved nulltoleranse av selvskading opplevde pleierne at det var vanskelig å få en allianse med pasienten og det kunne føre til forverret situasjon for pasienten. Fokus ble ofte rettet mot

selve skaden i stedet for mot pasientens egentlige problem. Pleierne var splittet i synet på om selvskading skulle tillates eller ikke. Utfordrende for pleierne å være profesjonell samtidig som de skulle prioritere tid til pasienten. Konfliktfylte pasientrelasjoner førte til sterke følelser hos personalet og gjorde det vanskelig å holde ut i relasjonen.

Funn fra denne studien ligger under vedlegg. (Tabell II.)

5.7.3 Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal adferd.

Av Målfrid Madland Aanderaa og Målfrid Meling (2003)

Kvalitativ studie

Hensikten med studien er å nyttiggjøre seg erfaringene i terapeutisk arbeid med pasienter med lignende problemstillinger.

Forskerne har studert hvordan avtaler kan brukes som verktøy mellom sykepleier og pasient. Pasientens sårbarhet og manglende tillit og feiltolkning til omgivelsene gjorde at hun lett ble distraheret på grunn av angst. Bruk av avtaler som verktøy som noe konkret pasienten kunne forholde seg til, førte til at pasienten ble mer samlet og fokusert. Sykepleier samhandlet med pasienten om avtalene. Pasienten ble tryggere og fikk tillit til sykepleier. Hun fikk gjennom avtalene flyttet sin skyld og skamfølelse til å bruke avtalen som metode for mestring og tillit. Hun fikk mer tro på seg selv og sin fremtid.

Funn fra denne studien ligger under vedlegg. (Tabell III).

6.0 Drøfting

6.1 Sykepleiers ståsted

Forekomsten av selvskading er høy (Renolen, 2008) og fenomenet er blitt mer vanlig (Øverland, 2006). Sannsynligheten for å møte problemet i helsevesenet, er derfor stor.

I følge Travelbee (Kirkvold, 1998), er interaksjonen mellom sykepleier og pasient et forhold mellom to likeverdige individer som begynner med et innledende møte. Som sykepleier er jeg underlagt Helsepersonelloven (1999) som sier at jeg skal bidra med å skape tillit til helsepersonellet og helsetjenesten og sikkerhet for pasienten. I tillegg skal jeg også sørge for kvalitet i helsetjenesten. (Helsepersonelloven, 1999). INCs og NSF's yrkesetiske retningslinjer forteller at sykepleier må ha som grunnlag for sitt virke, respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Retningslinjene sier videre at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. (Kristoffersen et al. 2005).

Travelbee (1999) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier skal hjelpe til med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.

Ut ifra dette ståsted og grunnlag vil jeg drøfte problemstillingen: *Hvordan forstå selvskading og hvordan kan sykepleier gjennom samhandling med pasienten bidra til at hun mestrer sine følelser på en mer hensiktsmessig måte?*

I min drøfting vil jeg ta utgangspunkt i forståelse og samhandling med et menneske som har tendenser til selvskading og er frivillig innlagt på avdeling ved psykiatrisk sykehus. Hun ønsker å få hjelp til å komme ut av et destruktivt handlingsmønster.

6.2 Forståelse av selvskading

Både Roviks (2007) og Brodtkorps (2001) studier viser at personalet har vansker med å forstå selvskadende atferd. Jeg har også vansker med å forstå denne atferden.

Mine oppgaver som sykepleier, er ifølge Hummelvoll (2006), å skape et miljø omkring pasienten som kan gi grobunn for utvikling og vekst.

For å ha et grunnlag for å skape dette miljøet, bør jeg gjøre meg opp en mening om hvordan jeg forstår selvskading og hva som kan ligge til grunn for utvikling av selvskadende atferd.

Thorsens(2006)definisjon forteller at selvskading er en handling et menneske utfører for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser og situasjoner. Det er ikke et ønske om å dø, men en strategi for å overleve. (Øverland, 2006). Starr (2004) siterer en pasient som roper ut etter å ha skadet seg selv ”The pain is so bad, this is the only way to get it out.”

Dette tolker jeg som at pasienten har mye smerte i sitt indre. Selvskadingen brukes som en måte å kommunisere til omverdenen at hun har det vondt og at dette er den eneste måten hun kan kvitte seg med smerten. Ved å ha fokus på de ytre sårene, antar jeg at hun gjør et forsøk på å glemme tanker, følelser og situasjonen hun befinner seg i.

6.3 Forståelse av bakgrunn for utvikling av selvskading

For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold sier Travelbee (Kirkvold, 1998) at interaksjonene mellom sykepleier og pasient går gjennom flere faser og er et forhold mellom likeverdige individer. For at dette forholdet skal ha mulighet til å utvikle seg til gjensidig forståelse og kontakt, mener jeg det er nødvendig at sykepleier har kunnskaper om årsaker til at selvskading kan utvikle seg. Øverland (2006) viser til flere studier som nevner forskjellige årsaker til at selvskading utvikler seg og blir en mestringsmetode. Ystgaard (2003) og Walsh og Rosen (1998) har funnet klare statistiske sammenheng mellom selvskading og negative livshistorier. Øverland (2006) nevner undersøkelser som har funnet at seksuelle overgrep og at jevnaldrende skader seg selv kan ha en sammenheng med selvskading. Utrygg oppvekst, langvarig separasjon, å ha blitt forlatt eller emosjonelt forsømt av omsorgspersoner kan være en årsak. (Gratz, 2003, Lindgren mfl., 2002, McAllister, 2003). En annen årsak kan være mobbing, misbruk av narkotika, egenskade blant familiemedlemmer og bekymring for seksuell orientering (Hawton, 2002). Øverland (2006) hevder at det fins like mange bakenforliggende skjebner som det finnes pasienter og at de kan fremstå som svært ulike til tross for samme problematikk og diagnose. Sett i lys av dette kan jeg ikke på forhånd gjøre meg opp en forestilling om hvilke forhistorie pasienten kan ha og hvordan hun selv oppfatter dette. Men ved å se på selvskading som et symptom (Øverland, 2006) kan jeg tenke at dette har utviklet seg som en avledningsmanøver for å kunne hankses med vanskelige følelser og tanker i kjølvannet av de vanskelige situasjonene. Selvskadingen er altså ikke det egentlige problemet, men et symptom som pasienten har utviklet gjennom en indre smerte som kommer til syne som selvskading. Hun har kanskje ved en tilfeldighet opplevd det som lindrende å flytte fokus fra indre smerte til ytre smerte ved å slå seg selv, dunket hodet eller brent seg. (Herheim og Langholm, 2006). Dette kan jeg forstå ved at jeg selv bruker å klype meg selv i armen som en avledningsmanøver ved smerte. (Herheim og Langholm, 2006).

Selvskading er forbundet med skam og tabubelagt. (Øverland, 2006). Gjennom kjennskap til mennesker som har opplevd slike bakenforliggende årsaker som er nevnt som årsak til selvskading, vet jeg disse opplevelsene er forbundet med tabuer og skamfølelsene. Jeg har forstått at disse tingene er vanskelig å snakke om. Kanskje har individet prøvd å gi signaler om sine vanskelige opplevelser, blitt møtt på en avvisende måte eller ikke blitt trodd. Slik kan selvskadingen fått utviklet seg som et forsøk på avlede og glemme det vonde, til følelsene og selvskadingen har blitt så uhåndterlig at hun har måttet søke hjelp.

6.4 Holdning

Brodtkorbs (2001) funn forteller at de fleste pleierne ser på selvskading som en bønn om hjelp og en måte å lindre psykisk smerte på. Jeg tror at ved å ha den holdningen har sykepleier større mulighet til å se på pasienten som et unikt individ og bli kjent med pasienten som Travelbee (Kirkvold 1998) sier, har sin personlige opplevelse av de mellommenneskelige erfaringene. Hvis sykepleier tolker pasienten slik noen av pleierne i Brodtkorbs (2001) studie viser, som manipulerende, kan føre til at pasienten kanskje opplever seg nedlatende behandlet. Dette kan hindre interaksjonene som bevisst skal brukes som et middel for å nå målene. (Kirkvold, 1998). Slik jeg ser det, skyver sykepleier da pasienten fra seg og minsker muligheten til å bli kjent med henne. Travelbee (1999) sier at det er like viktig å bli kjent med pasienten som å utføre prosedyrer. Hun ser på forholdet mellom sykepleier og pasient som et forhold mellom likeverdige individer og at relasjonen utvikler seg gjennom flere faser og skal føre til gjensidig forståelse og kontakt. (Kirkvold, 1998). Dette at pasienten skader seg selv, tolker jeg som tegn på selvforakt og å oppleve seg selv som mindreverdige. Jeg tror at sykepleier ved å innta holdningen at pasienten er likeverdig, vil pasienten oppfatte signaler om dette som over tid kan hjelpe med tanke på pasientens vekst og utvikling mot mestring av sine følelser.

6.5 Samhandling gjennom kommunikasjon

NSFs yrkesetiske retningslinjer (Kristoffersen et al., 2005) forteller at sykepleier skal ivareta pasientens integritet. Pasienten har rett til helhetlig omsorg, rett til medbeslutning og rett til ikke å bli krenket. Palmer (2008) sier det er viktig å møte pasienten med respekt og følsomhet. Jeg mener god kommunikasjonsevne er en forutsetning for å møte pasienten for å fylle disse kravene.

”Fra å sette arr på det til å sette ord på det” er utdrag fra Moes(2008) overskrift av artikkel som omhandler kvinner som har sluttet å skade seg. Dette forteller meg at kvinnene har brukt

selvskading som en måte å kommunisere på. Travelbee (Kirkvold, 1998) sier at kommunikasjon er et av de viktigste redskaper sykepleier har. Ifølge Eide og Eide (2008), betyr kommunikasjon å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med. Travelbee forteller at kommunikasjon er en gjensidig prosess og kanal for å overføre tanker og følelser og er en forutsetning for å hjelpe pasienten til å mestre sin lidelse og finne en mening i sine erfaringer. Kommunikasjon skjer kontinuerlig, både verbalt og nonverbalt når mennesker møtes. Sykepleiers hensikt med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten og kunne fylle pasientens behov. (Kirkvold, 1998).

Hvordan skal sykepleier og pasient finne en felles plattform for kommunikasjon når pasienten kanskje ikke har ord for å beskrive sin indre smerte? Når det gjelder å tillate selvskading, er personale i Roviks(2007) studie uenig i om man skulle ha nulltoleranse eller tillate selvskading innenfor trygge rammer. Fokus ble ofte rettet mot selve skadingen og ikke mot pasientens egentlige problem. I Brotkorbs(2001) studie tyder funnene på at personalet her også er opptatt av de samme temaene. Pleiere hadde erfart at kontrolltiltak forsterket selvskadingen. De var derfor tilbøyelige til å tillate noe selvskading uten å gripe inn. Ifølge Palmer(2008) har personalets holdninger stor effekt på pasientene. Ikke gi dem spesiell oppmerksomhet men behandle dem med respekt.

Hvordan skal sykepleier forholde seg til selvskadingen? Ut ifra min vurdering, kan det være greit å tillate noe selvskading. Siden pasienten bruker dette som et middel til å kommunisere, kan selvskadingen brukes som en mulighet for å åpne opp for samtale om hva som kan være utløsende årsak for at pasienten føler behov for å skade seg selv. Moe(2008) sier at kvinner som slutter med selvskading ofte beveger seg inn i andre former for destruktivitet, men at det å slutte med selve kuttingen vitner om mot og vilje til å få til noe annet. Jeg går ut ifra at en pasient som er frivillig innlagt, har håp om å finne andre måter å kanalisere ut sin smerte på enn gjennom å skade seg selv. Når pasienten ikke ser sammenheng mellom utløsende årsak og problemet, sier Hummelvoll (2006) at sykepleier må drøfte dette sammen med henne. Jeg tror det er viktig å kommunisere til pasienten, både verbalt og nonverbalt, at jeg respekterer og aksepterer henne til tross for selvskading. Ved å ha denne holdningen mener jeg at mulighetene er større for å finne en felles plattform for kommunikasjon slik at pasienten forhåpentligvis etter hvert klarer å mestre sine følelser på en mer konstruktiv måte. At hun gjennom kommunikasjon kan bli i stand til å sette ord på sine følelser i stedet for å kanalisere dem gjennom selvskading.

6.6 Tillit

For å legge grunnlaget for en felles plattform for kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, er tillit nødvendig og grunnleggende. Pasienten må være sikker på at sykepleier vil hjelpe henne gjennom bedringsprosessen. I motsatt fall kan tilliten bli erstattet med mistillit. (Lillestø, 2004).

Tillit er å våge utlevere seg selv og gjøre seg selv sårbar. Tillit skapes ved å handle slik at man blir den andres tillit verdig. Tillit er også at man tror på den andre, at hun snakker sant, at man vil hverandres beste. (Nielsen, 2005). Aanderaas og Melings (2003) studie viser at det er viktig at sykepleier tror på at det pasienten forteller er sant. De sier at ved ikke å tro på pasienten, kan pasienten bli krenket på nytt, og det kan bli umulig eller vanskelig å gjenoppbygge tillit.

Dette forteller at det er nødvendig å tro på pasientens historie. Sykepleier kan ikke tillate seg å så tvil om noe som pasienten forteller. Selv om hun kanskje forteller noe som kan virke utrolig, er det helt grunnleggende for videre samhandling at sykepleier fester lit til at hun snakker sant. Et annet aspekt for samhandlingen er at pasienten har tillit sykepleier. Hun må være nøyaktig i forhold til å holde avtaler og gjøre det hun sier hun skal gjøre. Sykepleier har i følge Pasientrettighetsloven (1999) som formål å bidra til å fremme tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd. Ved å legge vekt på å tro på pasienten og selv viser at hun er til å stole på, har sykepleier større mulighet til å oppfylle dette formålet.

6.7 Forpliktende avtaler

Forpliktende avtaler kan brukes for å oppnå samhandling og gjensidig tillitsforhold. Aanderaa og Melings (2003) studie forteller at det er viktig å ta for seg et problem om gangen og ta utgangspunkt i her og nå situasjonen. De sier at avtalene kan brukes i alle situasjoner og at sykepleier i begynnelsen må ta ansvar for avtalen og påse at det ikke oppstår misforståelser som kan føre til mistillit. Men pasienten har rett til å delta i utformingen av avtalen. (Pasientrettighetsloven, 1999).

Avtalene kan også brukes for å styrke pasientens følelse av at hun er delaktig i bedringsprosessen hvis hun har mulighet til å bestemme over hva avtalene skal inneholde. Et viktig stikkord i den forbindelse er empowerment som betyr at pasienten skal kunne delta i prosessen og ha kontroll over beslutninger som gjelder egen helse. (Tveiten, 2007). Pasientrettighetsloven (1999) slår fast at pasienten har rett til medvirkning og informasjon.

Jeg mener det er viktig at avtalene gjøres skriftlig for å unngå misforståelser og at pasienten får bestemme hva avtalene skal inneholde og ta utgangspunkt i pasientens interesser. Sykepleier kan komme med forslag om innholdet i avtalen, men for at pasienten skal oppleve at hun er delaktig i avgjørelser som omhandler hennes liv og helse, kan hun benytte seg av sin rett til å bestemme hva avtalen skal inneholde. I motsatt fall kan det føre til at pasienten føler seg maktesløs og hjelpeløs og ikke ha kontroll over eget liv. (Tveiten, 2007). Det er også viktig at pasienten får informasjon hvis sykepleier blir forhindret i å oppfylle avtalen. Pasienten er innlagt for å få hjelp til å mestre sine følelser uten selvskading. Avtaler med sykepleier kan brukes som et trygt holdepunkt for henne i prosessen mot å mestre sine følelser på en mer hensiktsmessig måte. Jeg mener sykepleiers bidrag er å holde inngåtte avtaler slik at pasienten kan overføre denne erfaringen med å stole på andre mennesker, til andre områder, situasjoner og personer i livet. Aanderaa og Melings (2003) støtter dette ved at de sier at det virker som forandring har skjedd på pasientens indre plan og har gitt henne en indre ro. Forandringen har skjedd som følge av tillit til et annet menneske, og hun bruker denne kunnskapen som forandrer følelsene.

6.8 Håp

Slik jeg ser det, kan sykepleier samhandling gjennom forpliktende avtaler, styrke pasientens håp om å mestre følelsene sine uten å skade seg selv. Travelbee (Kirkvold, 1998) understreker betydningen av å ha et håp som en motiverende impuls som gir den syke energi. Håp kan sette pasienten i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i vanskelige oppgaver som forbindes med å være i en endringsprosess. Hummelvoll (2006) sier at sykepleier må lytte til pasienten og hjelpe henne til å gi uttrykk for følelser og tanker. Ut ifra sin forutsetning er pasienten aktiv deltaker i utformingen av avtalen og det kan være nødvendig at sykepleier underviser og veileder pasienten. Men pasienten kan være sårbar og det kan oppstå misforståelser som kan føre til at sykepleier må tåle utskjelling og avvising fra pasienten. (Aanderaa og meling, 2003). Jeg ser at dette kan vanskeliggjøre samarbeidet. Det er derfor viktig at sykepleier holder ut utskjelling og avvising og gjenopptar kontakt og samarbeid når situasjonen har roet seg. Hummelvoll (2006) sier at sykepleier skal møte pasienten med passende utfordringer, oppmerksomhet og omsorg. Gjennom individuell tilpasning av avtaler, sykepleiers tolmodighet og forståelse av pasientens atferd, tror jeg at sykepleier kan være med å bidra til at pasienten blir styrket i håpet om at hun etter hvert kan klare å mestre følelsene uten selvskading.

6.9 Mestring av stress gjennom anerkjennelse og grensesetting

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) kan stress ses som et samspill mellom individet og omgivelsene. Det er individuelt om situasjoner oppleves som stressfylte eller ikke og om personen opplever situasjonen som belastende. Det er to typer strategier for å mestre situasjoner som oppleves som stressende. (Bunkholdt, 2002).

Emosjonelt mestring omfatter strategier som har til hensikt å endre opplevelsen av situasjonen i stedet for å endre selve situasjonen. Hensikten er hovedsakelig å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe følelser som ledsager opplevelsen av stress og er nødvendig i situasjoner som ikke kan endres. (Kristoffersen et al, 2005). Her kan sykepleier bidra med å være til stede med trøst, forståelse og omsorg. Pasienten kan oppleve situasjoner hun har vanskelig for å mestre og som hun ikke har kontroll over. Det kan føre til at pasienten føler stress og ikke klarer å takle situasjonen og følelsene uten selvskading. Brodtkorps (2001) studie sier at sykepleierne oppfordrer pasienten til å ta kontakt ved trang til selvskading og komme pasienten i møte selv om hun ikke tar direkte kontakt. I slike situasjoner kan det bli nødvendig å ta kontakt med pasienten slik at hun kan ha mulighet for å sette ord på det vonde. Å komme i en dialog med pasienten og appellere til hennes fornuft, gi råd om adferd, stoppe eller begrense adferden (Vatna, 2006), tror jeg kan oppleves som samlenende for pasienten og hun kan oppleve seg ivaretatt selv om situasjonen ikke kan forandres. Slik kan sykepleier ved å hjelpe pasienten til å sette grenser, gi et bidrag til at pasienten etter hvert forhåpentligvis kan sette grenser for seg selv og sin atferd.

Problemorientert mestring omfatter forskjellige typer direkte og aktive strategier for å løse problemer eller hankses med vanskelige situasjoner. (Kristoffersen et al, 2005). Hvis interaksjonen mellom sykepleier og pasient har ført til at de har oppnådd tillit og gjensidighet, kan sykepleier nå være en viktig støttespiller. Hun kan hjelpe pasienten til å klare å se sitt handlingsmønster i lys av de vonde erfaringene. Gjennom samspillet med sykepleier har pasienten større mulighet til å forstå årsaken til at hun har utviklet mestringstrategien med selvskading for å dempe vonde følelser, og kan ta initiativ til å forandre situasjonen eller forhindre at den gjenoppstår. Ingeberg et al.(2006) sier at dersom anerkjennelse blir forstått som en viktig bestanddel i omsorgens innhold i motsetning til å være komplementær, vil anerkjennelse være en av røttene i arbeidet med å yte omsorg. Hvis sykepleier legger vekt på å anerkjenne og påpeke pasientens vellykkede egenskaper (Hummelvoll, 2006), kan dette føre

til at pasienten blir mer aktiv i å finne både indre og ytre mestringsstrategier som passer for henne.(Kristoffersen et al, 2005). Jeg tror at både grensesetting og anerkjennelse er nødvendig i samspillet med en som skader seg selv. Men det at sykepleier hovedsaklig signaliserer en anerkjennende tilnærming til pasienten, tror jeg kan forebygge mye av pasientens opplevelse av stress og som fører til at hun føler behov for å skade seg selv. Jeg tror at sykepleier ved å anerkjenne pasienten, bedre kan hjelpe henne til å mestre sin lidelse og, slik som Travelbee sier (Kirkvold, 1998) kan finne en mening i disse erfaringene.

7.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven ser jeg at det kan være utfordrende å samhandle med en selvskadende pasient. Men ved å ha fokus på pasientens ressurser, tror jeg sykepleier kan legge grunnlag for at pasienten får tillit og tro på sin egen evne til mestring av sine følelser uten å bruke selvskading.

8.0 Avslutning

Å skape et miljø rundt pasienten som kan gi grobunn for utvikling og vekst, har jeg forstått kan være et møysommelig og tidkrevende arbeid. Men gjennom anerkjennende kommunikasjon og forpliktende avtaler som verktøy, å ha tillit og tro på pasientens mulighet til mestring, kan sykepleier bidra til å skape et håp i pasientens indre om at hun selv kan klare å mestre følelsene uten selvskading.

Jeg har opparbeidet meg en viss forståelse for selvskadingsproblematikken og for hvor vanskelig det kan være å komme seg ut av et destruktivt handlingsmønster. Oppgaven har vært interessant og lærerik, og jeg kan tenke meg å lære mer om hvordan jeg best kan møte det lidende mennesket.

Litteraturliste

- Bjørk, I. T. & Solhaug, S. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok.* (s. 36 - 37 og s. 122) Oslo: Akribe AS
- Brodtkorb, K. (2001). Selvskading og sykepleie – hvordan kan sykepleie hemme og/eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv? [Elektronisk versjon] *Vård i Norden*, nr 2/2001. Publ. No. 60 Vol. 21 No. 2 PP 11-15. Hentet 15.01.10 fra SveMed+
- Bunkholdt, V. (2002), *Psykologi.*(2. utg.)Oslo: Universitetsforlaget AS
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W. & Eide, B.(2006). *Mentale knaggeter – En innføring i psykisk helsearbeid.* Oslo: Akribe AS
- Eide, H. & Eide, T.(2008). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk.* (9. Utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2006) *Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter.* Oslo: N.W. Damm & Søn AS
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2.juli 1999.* Hentet 25. januar 2010 fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#map0>
- Hummelvoll,JK. (2006) *Helt-ikke stykkevis og delt.*(6. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk ForlagAS
- Kirkvold, M.(1998). *Sykepleieteorier –analyser og evaluering* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen,NJ., Nordtvedt F. & Skaug, E. (2006) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1.* Oslo: Gyldendal norsk forlag AS
- Kristoffersen,NJ., Nordtvedt F. & Skaug, E. (2006) *Grunnleggende sykepleie. Bind 3.* Oslo: Gyldendal norsk forlag AS
- Kristoffersen,NJ., Nordtvedt F. & Skaug, E. (2006) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4.* Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

- Lillestø, B.(2004). Sykepleiens tre dimensjoner. I: Mekki T.E. & Pedersen S.(red). *Sykepleieboken 1*, (side 642 – 667). Oslo: Akribe a.s.
- Nielsen, B.K. (2005). Interaksjonell sykepleiepraksis. I:Knutstad, U & Nielsen B.K. (red) *Sykepleieboken 2*, (side 40 – 61). Oslo Akribe a.s.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M.(2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, Bryne Offset AS.
- Moe,A. (2008). Fra å sette arr på de til å sette ord på det: ”Det er ikke vondt å kutte, men det gjør jævlig vondt å la det være!”[Elektronisk versjon]*Suicidologi* nr 3, side 24-26. Hentet 30.01.10 fra SveMed+.
- Norske ordbøker, ordbok. Com. Hentet 4. februar 2010 fra:
<http://www.ordbok.com/norsk/bokmalsordboka.html>
- Palmer,L. (2008). Helping people who self harm. [Elektronisk versjon] *Emergency nurse* Vol. nr 16, nr 3, side 14-17. Hentet 31.01.10 fra ProQest.
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2.juli 1999*. Hentet 25.januar 2010 fra <http://www.lovdata.no/all/h1-19990702-063.html#map005>
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rovik. A.M. (2007). Selvskading og miljøterapi. En teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, nr 2/2007. Publ. No. 84 Vol. 27 No. 2 PP 35-40 Hentet 15.01.10 fra SveMed+
- Starr, D.L. (2004). Understanding those who self-mutilate. [Elektronisk versjon] *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. Vol. 42, nr 6, side 32-9. Hentet 30.01.10 fra ProQest.
- Travelbee,J. (1999) *mellommenneskelige forhold i sykepleien*. (K.M Torbjørnsen overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tveiten,S.(2007). *Den vet best hvor skoen trykker....Om veiledning i empowermetrprosessen*.Bergen: Fagbokforlaget

Øverland, S. (2006). *Selvskading - en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget

Aanderaa, M.M. & Meling, M. (2003). Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd. Hvordan kan sykepleieren gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer? [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, nr 2/ 2004. Publ. No. 72 Vol. 24 No 2 PP 10-15. Hentet 15.01.10 fra Vård i Norden

[Bilde] hentet 8. februar fra http://bilder.vgb.no/28414/3col/img_47cc9fbd287d0.jpg

Dikt: Skard, H. (1994). *Kjærlighet*. Oslo: J.W. Cappelen Forlag AS

Vedlegg

Tabell I

Tittel Forfatter Tidsskrift Årstall	Hensikt Problemstillinger	Metode	Resultat
<p><i>Selvskading og sykepleie</i></p> <p>Av Kari Brodtkorp</p> <p>Vård i Norden</p> <p>År 2001</p>	<p>Hensikt er å finne hvordan sykepleie kan hemme og /eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv.</p> <p>4 problemstillinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan opplever og forstår sykepleierne den selvskadende atferden? 2. Hvilke følelsesmessige reaksjoner har sykepleierne på den selvskadende 	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Intervju med 12 sykepleiere fra 5 institusjoner fra ulike avdelinger og poster innenfor disse.</p>	<p>-----</p> <p>Problemstilling 1.</p> <p>Funnene viser at personalet har vanskelig for å forstå selvskadende atferd. De fleste ser det ikke som et ønske om å dø, men en bønn om hjelp, en måte å kommunisere på, en måte å lindre psykisk smerte på. Psykisk smerte omgjøres til fysisk smerte, å kjenne at man eksisterer eller en måte å straffe seg selv på.</p> <p>Problemstilling 2.</p> <p>Følelsesmessige reaksjoner plasseres på skala fra antipati til sympati. Sympati er i klart mindretall i datamaterialet, men forteller om trang til å verne og beskytte pasienten og medlidenhetsfølelse. Men de er redd for å bli involvert i pasienten og miste nødvendig distanse til situasjonen. Antipati uttrykkes som irritasjon, frustrasjon, sinne. Mer enn halvparten av informantene nevner denne reaksjonen hos seg selv eller kollegaer. Ser ut som sammenheng mellom følelse av sinne og at man opplever adferden som appellerende eller manipulerende. Tilsvarende ser det ut til å være sammenheng mellom å forstå selvskadingen og fravær av negative følelser.</p>

	<p>e atferden?</p> <p>3. Hvordan møter sykepleiern e atferden?</p> <p>4. Hvordan mener sykepleiern e at eksisterende praksis påvirker pasientens regresjon?</p>		<p>Problemstilling 3 og 4</p> <p><i>Ansvarsdimensjon:</i> Kontroll og ansvar. Et ytterpunkt: sykepleier tar fullstendig ansvar. Et annet ytterpunkt: Sykepleier tillegger pasienten alt ansvar.</p> <p><i>Samarbeidsdimensjon:</i> Et ytterpunkt: gjensidighet og balanse. Et annet ytterpunkt: ensidighet og balanse. Å imøtekomme pasientens store udekkede behov for trygghet oppleves som umulig og betenkelig for de fleste. Mange er redd for vektlegging av nærhet og trygghet vil hemme vekst og modning. For mye nærhet og engasjement kan føre til overinvolvering. For mye praktisk hjelp frykter informantene vil føre til at pasienten ikke kommer ut av avhengighet til personalet.</p> <p><i>Kontrolltiltak:</i> I psykiatrien betegnes dette som grensesetting. F eks skjerming og beltelegging, men også fravær av samarbeid og overtagelse av ansvar. Mange av informantene har erfart at dette kan føre til forsterking av selvskadende adferd. Pga dette er de tilbøyelige til å tillate noe selvskading uten å gripe inn.</p> <p><i>Appellere til pasientens ansvarsfølelse:</i> Tristhet og angst kan gi seg utslag i appellerende væremåte, f eks ønske hjelp til praktiske gjøremål. Flere informanter mener det kan være pga at pasienten søker kontakt og oppmerksomhet. Kan brukes som et middel til å søke de bakenforliggende årsaker. Ytterpunkt: å ikke gripe inn, skading oppfattes som ønske om oppmerksomhet og overses. Flere informanter er oppmerksomme på dette kan være deres egen oppfatning.</p> <p><i>Lære pasienten hvordan oppnå større kontroll:</i> Oppfordre pasienten til å ta kontakt med personalet ved trang til selvskading. Komme pasienten i møte selv om hun ikke tar direkte kontakt. Forsøke å få tak i hovedbudskapet. Vanskelig</p>
--	---	--	---

			<p>for pasienten å sette ord på det vonde, bevisstheten om følelser og opplevelser kan være liten. Øke pasientens bevissthet om følelser og behov ved å gå i dialog med pasienten, skape plattform av gjensidig tillit. Sykepleier appellerer til pasientens fornuft og tanke. Bevissthet omkring følelser og tanker ikke nok til å endre adferd. Neste skritt: konfrontere pasienten med væremåten, komme med forslag til adferd kan endres. Sammen lage strategi for hvordan pasienten kan takle vanskelige situasjoner på egenhånd, f eks ulike former for avledning.</p>	
--	--	--	--	--

Tabell II

Tittel Forfatter Tidsskrift Årstall	Hensikt Problemstillinger	Metode	
<i>Selvskading og miljøterapi</i> Anne Marie Rovik Vård i Norden År 2007	Hensikten var å gjøre en teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading Problemstilling: Hvilke faglige og personlige utfordringer står miljøpersonalet overfor i arbeidet med selvskadende pasient?	Kvalitativ metode. Fase 1. Dybdeintervju med 7 avdelingsledere Fase 2. Deltagende observasjon i avdeling med selvskadende pasienter. Fase 3. Åpent spørreskjema fra 16 miljøpersonale bestående av sykepleiere og vernepleiere med og uten videreutdanning i psykiatrisk	<p>.....</p> <p>Forståelsesdomenet</p> <p>Funnene viser at personalet har vanskelig for å forstå selvskadende atferd. De føler uforutsigbarhet i forhold til når selvskading vil skje og dette fører til angst og redsel blant personalet. De ble frustrert over smitteeffekt som de ikke forstod og leter etter forklaringer på denne. De fikk inntrykk av at pasienten kunne ha lært selvskading på avdelingen for å kompensere for manglende oppmerksomhet.</p> <p>Hånderingsdomenet</p> <p>Faglig uenighet og splittelse blant personalet førte til at de manglet en felles faglig plattform når det gjaldt holdning og tilnærming til pasienten. Noen mente pasientene måtte passes på, andre mente at de ikke burde være lenge innlagt.</p> <p>Interveringsdomenet</p> <p>Det var konflikter i forhold til om man skulle tillate selvskading eller ha nulltoleranse. Ved nulltoleranse opplevde personalet at det var vanskelig å få en allianse med pasienten og det kunne også føre til forverret situasjon for pasienten. Personalet ønsket å fokusere på pasientens egentlige problem, men det opplevde at</p>

		<p>sykepleie og psykiatriske hjelpepleiere.</p>	<p>fokuset ofte ble rettet mot selve skadningen. De var splittet i synet på om de skulle avverge skaden eller om de skulle få holde på innenfor trygge rammer.</p> <p>Rollefunksjonsdomenet</p> <p>Utfordring knyttet til å være profesjonell og å prioritere tid til pasienten.</p> <p>Den relasjonelle dimensjonen ble aktualisert ved at pasientene utfordret personalet med selvskadende og uforutsigbare adferd. Sine livshistorier og negative og ofte utagerende holdninger mot miljøpersonalet.</p> <p>Relasjonene med pasienten var konfliktfylte og fremkalte sterke følelser hos personalet og gjorde det vanskelig å holde ut i relasjonen.</p> <p>Pasientene projiserer ut mye følelser til omgivelsene slik som sinne, aggresjon osv.</p>
--	--	---	--

Tabell III

Tittel	Hensikt	Metode	Resultat
Forfatter	Problemstillinger		
Tidsskrift			
Årstall			

<p><i>Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd</i></p> <p>Målfrid Madland</p> <p>Aanderaa og Målfrid Meling</p> <p>Vård i Norden</p> <p>År 2003</p>	<p>Hensikten er å nyttiggjøre erfaringene i terapeutisk arbeid med pasienter med lignende problemstillinger.</p> <p>Hvordan kan sykepleieren gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer?</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Intervju med en psykiatrisk sykepleier.</p>	<p>.....</p> <p>Viktig at sykepleier møter pasienten med dennes oppfatning og forholder seg til historien som sannhet pga at dette er pasientens egen forståelse av hendelsene. Ved å så tvil om pasientens opplevelse, kan pasienten krenkes på nytt. Kan føre til at det blir vanskelig eller umulig å gjenoppbygge tillit.</p> <p>Feiltolkning og panikkangst</p> <p>Pasienter utsatt for traumer utvikler økt beredskap. Pasienten er mer skvetten og reagerer sterkere eller motsatt av vanlig reaksjon i situasjoner. Å legge hånden på pasientens skulder ved trøst eller anerkjennelse kan føre til avvisning, pasienten kan slå etc. Pasienten husker ikke opplevelsene, kroppen reagerer automatisk, pasienten kan ikke gi forklaring på sin reaksjon.</p> <p>Forpliktende relasjon</p> <p>Pasienten kan ha problem med oppfattelse av både verbal og non-verbal kommunikasjon. Viktig å synliggjøre avtalene og vise at sykepleier er til å stole på.</p> <p>Oppnå tillit</p> <p>Avtalene må ha sitt utgangspunkt i en genuin tillit mellom sykepleier og pasient. Forholdet må bygges opp møysommelig. Pasienten uttaler at hun gjennom avtalene bedre vet hva tillit er og at sykepleier ikke lyver og ikke lover mer enn hun kan holde.</p> <p>Befeste avtalen - tillit</p> <p>Sykepleier har til oppgave å holde fast på hver liten</p>
---	--	--	--

		<p>detalj i avtalen. Viktig å ta for seg et problem om gangen og ta utgangspunkt i her og nå situasjoner for å hindre forvirring. Viktig å skape ro og oversikt for pasienten, sykepleier holder fokus på avtalen. Ved gjennomføring av avtalene er sykepleier med, er støttende og opptre som modell. Pasienten får integrert erfaringene, sykepleier tar ansvar hvis det ikke gikk som planlagt. Pasienten tar ansvar etter hvert som hun blir trygg.</p> <p>Forutsigbarhet</p> <p>Begrense ytre påvirkning for å få mest mulig forutsigbarhet. Konsentrere om de små detaljer i avtalen. Avtaler kan brukes i alle situasjoner.</p> <p>Motstand</p> <p>Sykepleier må påse at det ikke oppstår misforståelse som fører til mistillit. Tro på at pasientens mulighet til forandring og sykepleiers eget bidrag vil være bærende krefter for relasjonen når motstand skaper usikkerhet hos sykepleier.</p> <p>Sårbarhet</p> <p>Sårbarhet hos pasient kan føre til at sykepleier må tåle utskjelling og avvisning fra pasienten. Grunnen kan være at pasienten blir skremt. Pasientens mistolkning kan bearbeides gjennom sammenlignbare situasjoner og pasienten må oppleve forandringen som et unikt ønske.</p> <p>Pasientens utvikling</p> <p>I prosessen har pasienten fått innsikt i sin angst for det uforutsigbare i livet. Det forutsigbare i prosessen var</p>
--	--	--

		<p>avtalene. Ved å flytte oppmerksomheten fra pasientens skyld og skamfølelse, samt redsel for avvisning, til å bruke avtalen som metode for mestring og tillit, fikk pasienten tro på seg selv og sin fremtid.</p> <p>Pasienten klarer å se seg selv og reflektere over sine reaksjoner. Hun kjenner igjen her-og-nå situasjoner som assosieres med tidligere opplevelser og som utløser angsten. Forandring har skjedd på det indre plan og blir uttrykt i samhandling og samtale.</p> <p>Det kan se ut som at forandringer har skjedd som følge av tillit til et annet menneske, noe som gir pasienten en indre ro. Ved å gjøre en ting om gangen, reflekterer over hendelsen, får pasienten oppleve seg samlet og kan skille seg fra omverdenen. Pasienten har fått mer reell opplevelse av det som skjer. Hun bruker ny kunnskap som endrer følelsene.</p>
--	--	---

Vedlegg 2

Skyfri himmel

Det einaste hu ønska seg det
va ein solskinnsdag – skyfri himmel
ein problemfri time i gode venners lag – nykter men svimmel
Svimmel av glede, så glad for litt fred
det e'kje for mækje å ønska seg det
men hu vet det ska nåke te
det e for tidå ikkje sånn livet e

Det va'kje sånn det sko vær
det va,kje sånn det sko bli
hu drømte som litå om
ei mækje bedre tid
hu drømte om det goda hu aldri fekk
alt sko bli bra bare hu kom seg vekk
det blei aldri slik
ein blir såra av for mange svik

Dagen gjør vondt
og lyset er ingen venn
de e tryggast i mørket
med skoddene igjen
det e,kje alltid alt e lika kjekt å se
det kan vær greit å sleppa lys på det ein drive med
det va,kje sånn det sko vær
men mørket har et grådig begjær
Det e tungt å ta tilbake en barndom som e tatt
for kvert mislykka forsøk, blir ein bare mer forlatt....

-Bjørn Eidsvåg-

