



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Når to mennesker møtes

**Hvordan kan sykepleier møte pasienter med
selvskadende atferd**

Bachelor i sykepleie

SK 152

Institutt for sykepleie

Avdeling for helsefag

02.06.17

7814 Ord

MATS ULSTEIN EIKREM

Veileder Mona Hamnes Christensen

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

***Arrene
Har ingen lyd
Ingen toner
Ingen ord***

***Arrene
Et stille utrykk
For et voldsomt inntrykk***

Et taust skrik

(Jensen, 2007)

Sammendrag

Tittel:

Når to mennesker møtes

Bakgrunn for val av tema:

Bakgrunnen for tema er mine egne erfaringer innenfor legevakts arbeid, og de observasjonene jeg har tilnærmet meg der. Noe som har ført til at jeg opplever at sykepleiere ikke skaper nok rom for pasienter med selvskadende atferd. Jeg ønsker derfor å lære mer om hvordan man bør møte denne pasientgruppen på en god måte.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier møte pasienter med selvskadende atferd?

Metode:

Metoden som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie. Litteratursøket ble gjennomført i databasene SveMed +, Oria, Academic search elite kombinert med Cinahl og Medline. Søkord som ble brukt er: «Deliberat self harm», «Self injurious behavior», «parasuicide», «self mutilation», «self injury», «self wounding», «caring», «intervention», «safety», «nurse intervention», «Harm minimisation» og «Harm reduction».

Oppsummering/Konklusjon:

I denne oppgaven kom jeg frem til at hvis sykepleierne tilegner seg mer kunnskap og aktivt reflekterer over egne holdninger og erfaringer. Samtidig som de åpner seg opp for å møte mennesker i situasjoner hvor begge parter føler seg sårbare. Så kan man forebygge og aktivt hjelpe pasienter med selvskadende atferd, noe som igjen vil bedre livssituasjonen og potensielt redusere dødsfall relatert til denne atferden. Det kom også frem at hvis vi ikke endrer på hvordan vi møter disse menneskene så vil vi indirekte bidra til at deres livssituasjon og handlingsmønster blir mer og mer malignt over tiden.

Nøkkelord: Selvskadende atferd, sykepleier, relasjoner, møtet

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1. Bakgrunn for valgt tema.....	1
1.2. Problemstillingen.....	2
1.3. Avgrensning.....	2
1.4. Begrepsavklaring	2
1.4.1. Selvskading	2
2. Metode.....	3
2.1. Valg av metode.....	3
2.2. Begrepsavklaring	4
2.2.1. Kvalitativ forskning	4
2.2.2. Kvantitativ forskning.....	4
2.3. Søkeprosessen.....	4
2.4. Kildekritikk.....	5
2.5. Etske refleksjoner i oppgaven	6
3. Teori.....	7
3.1. Selvskading	7
3.2. Sykepleieteori.....	8
3.3. Relasjonskompetansen.....	8
3.4. Møtet.....	9
3.5. Utviklingsteori	10
3.6. Funn fra forskningsartikler	11
4. Drøfting.....	13
4.1. Behovet bak atferden.....	13
4.2. Hvordan skape den gode relasjonen	16
4.3. Konsekvensene av en dårlig relasjon	18
5. Konklusjon.....	20
Referanser	21
Vedlegg 1.....	23
Vedlegg 2.....	24

1. Innledning

I følge folkehelseinstituttets statistikkbank for dødsårsaker, så er selvskading/selv mord årsaken til 590 dødsfall i Norge i 2015. Dette er et antall som har gradvis økt fra 2012 hvor antallet var 524 dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2016). I en norsk studie viste det seg at 10,7% av 4000 ungdommer hadde utført en form for selvskading, det er vanskelig å vite om hensikten for selvskadingen var å dø eller ikke (Helsedirektoratet, 2014). Dette gjenspeiler seg gjennom at statistikken fra folkehelseinstituttet ikke skiller mellom dødsfall med selvskading eller selvmord som årsak. Sykepleiere som jobber akuttmedisinsk hvor det håndteres skader, poliklinisk virksomhet og avdelinger som jobber med barn, vil komme bort i denne pasientgruppen. Studier viser at unge mennesker som skader seg selv flere ganger og ikke får egnet hjelp, har en økt risiko for selvmord senere i livet (Skårderud, Haugsgjerd, Stanicke, & Sommerfeldt, 2015). Helsedirektoratet gav ut i 2014 en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, som skal gjelde frem til 2017. I denne handlingsplanen er hovedfokuset å skape et kunnskapsbasert tjenesteapparat, hvor økt kunnskap om selvskading og selvmord hos helsepersonell er en forutsetning for å nå målet (Helsedirektoratet, 2014).

1.1. Bakgrunn for valgt tema

Jeg skal skrive om tematikken selvskading, og hvordan relasjoner påvirker møtet med denne pasientgruppen. Bakgrunnen for dette valget baserer seg på mine egne erfaringer ved en større legevakt hvor jeg har jobbet i 2 år, samt praksis ved en akutt psykiatrisk avdeling. Disse erfaringene har gitt meg en stor interesse for psykiatri og spesielt pasienter med selvskadende atferd.

Pasienter med selvskadende atferd er en pasientgruppe som jeg opplever som meget kompleks og utfordrende å møte. Denne gruppen pasienter har ofte sammensatte problemstillinger og erfaringer som ligger til grunn for deres handlinger, noe som stiller krav til sykepleierens kunnskap og relasjonskompetansen. I sammenheng med dette opplever jeg at sykepleiere har for lite kunnskap om denne type atferd og at relasjonene som resultat blir for dårlige når det kommer til slike pasienter i helsetjenesten. Dette kan komme av at det er for lite undervisning om dette temaet i sykepleie studiet. Noe som får meg til å tro at en pasient som med selvskadende atferd kan føle seg uønsket i helsetjenesten. Dette kan være fordi det ikke eksisterer i stor nok grad et rom for dem i systemet enda. Av den grunn ønsker jeg å se på hvordan relasjoner og andre faktorer kan bidra til å skape et slikt rom, når man møter pasienter med selvskadende atferd.

1.2. Problemstillingen

«Hvordan kan sykepleier møte pasienter med selvskadende atferd.»

1.3. Avgrensning

Jeg har valgt å inkludere både menn og kvinner selv om det er kvinner som representerer majoriteten av kjente tilfeller av selvskading. Dette fordi jeg ikke har funnet noe i litteraturen som indikerer at det er anbefalt separate innfallsvinkler for å ivareta hvert enkelt kjønn. Jeg kommer videre til å fokusere på aldersgruppen 15-30 år grunnet at det er i denne perioden prevalensen er høyest (Bennardi, McMahon, Corcoran, Griffin, & Arensman, 2016). Videre vil jeg fokusere på de som møter opp for poliklinisk helsehjelp siden det er en av de arenaene sykepleiere ofte møter tilfeller med selvskading. Jeg kommer ikke til å ta for meg pasientgrupper som har tilleggs diagnoser innen psykiatri som omfatter vrangforestillinger, psykoser eller hallusinasjoner og syndromer, autisme eller organisk intelligens svikt, grunnet at litteraturen skiller disse ut som en egen gruppe (Mangnall & Yukovich, 2008). Jeg har også valgt å forholde meg til de tre vanligste formene for selvskading som er skade på egen hud, inntak av medikament med toksisk dose eller inntak av andre toksiske midler og strangulasjon (Bennardi et al., 2016).

1.4. Begrepsavklaring

1.4.1. Selvskading

En handling hvor man med vilje påføre egen kropp en form for skade, men uten hensikt å dø (Helsedirektoratet, 2014).

2. Metode

Jeg skal i denne delen av oppgaven presentere hvilken metode som ble brukt for å hente inn litteraturen som jeg har tatt i bruk, for å besvare problemstillingen i oppgaven. En metode er en systematisk fremgangsmåte som man benytter til å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2017, s. 76).

2.1. Valg av metode

Jeg har valgt å ta i bruk en litteraturstudie som metode for å besvare problemstillingen i oppgaven. Det vil si at jeg systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt presentere ett sammendrag av hva som ble funnet i litteraturen ifølge Magnus og Bakketeig (Siteret i Thidemann, 2017, ss. 79-80). En litteraturstudie skal være bygget opp av seks deler, hvor en presenterer følgende punkter. Man skal formulere en klar og avgrenset problemstilling. Forberede et litteratursøk ved å ha kriterier for hva en ønsker å ha med i oppgaven og hva en ikke ønsker, samt velge aktuelle søke databaser. Videre skal en hente inn artikler gjennom søket og vurdere artiklene. Til slutt må en tolke resultatene og produsere ett sammendrag (Thidemann, 2017).

Jeg har gjennom bruken av denne metoden hentet inn ni forskningsartikler av type, kvalitative og kvantitative studier og litteraturgjennomgang. Jeg har også funnet fagartikler, nasjonale handlingsplaner og retningslinjer, faglitteratur og pensum litteratur fra sykepleie studiet som jeg kommer til å bruke i denne oppgaven.

2.2. Begrepsavklaring

2.2.1. Kvalitativ forskning

En systematisk tilnærming for å beskrive eller forstå ett eller flere fenomen eller sammenhenger. Dette er altså en studie som blir brukt for å forstå den menneskelige erfaring, opplevelse, oppfatninger og holdninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, Ordliste, 2012, ss. 193-199).

2.2.2. Kvantitativ forskning

En studie som ser på forekomst og fordeling av et fenomen for eksempel sykdom på et tidspunkt, men uten å si noe om årsaksforhold (Nortvedt et al., Ordliste, 2012, ss. 193-199).

2.3. Søkeprosessen

Jeg har i denne oppgaven utført et systematisk litteratursøk på følgende måte. Jeg begynte med å bryte ned den første problemstillingen og systematisk sette den inn i PICO-skjemaet (Vedlegg 1). Dette skjemaet hjalp meg til å komme frem til de primære søkeordene selvskadning, Ivaretaking og trygghet. Videre brukte jeg databasen Svemed+, hvor jeg søkte på hvert enkelt ord. Dette gav meg søkeordene på engelsk og synonymord som er følgende. «Deliberat self harm», «Self injurious behavior», «parasuicide», «self mutilation», «self injury», «self wounding», «caring», «intervention» og «safety».

Videre så bestemte jeg meg for å ta i bruk databasen Academic search elite hvor jeg la til databasene Cinahl, Cinahl full text og Medline under søket. Jeg valgte å bruke denne database kombinasjonen basert på tabell 2.3 i boken Jobb kunnskapsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, Spørsmålsformulering, 2012, s. 38). Hvor det kommer frem at når jeg ønsker å vite noe om erfaringer og holdninger samtidig som jeg ønsker oversikt over prevalens så burde jeg ha fokus på primært kvalitative og sekundært kvantitative studier for å besvare problemstillingen. Når jeg hadde avklart hvilken type studier jeg ønsket å bruke så valgte jeg å ta i bruk en tabell fra en power point presentasjon ved tidligere undervisning om litteratursøk (Fjose, 2017) . Denne tabellen anbefalte bruken av databasene som er ført opp øverst i avsnittet.

selve søkeprosessen ble gjennomført i april 2017. Jeg startet med å avgrense søket til engelsk tekst og at jeg bare ønsket å se artikler fra perioden Januar 2007 – Mars 2017. Videre så søkte jeg på hvert enkelt søkeord separat, for så å kombinere alle synonymordene med OR for å utvide antall artikler. Til slutt kombinerte jeg søkeordene med AND for å snevre antall og typer artikler, slik at jeg fikk det som var mest relevant for problemstillingen, dette kan du se i (Vedlegg 2). Jeg begrenset også antall artikler ved å eliminere bort alle artikler som omhandlet behandlings klinikker ved å lese gjennom abstraktene og overskrifter. Jeg følte at det var vanskelig å helt treffe problemstillingen jeg hadde satt opp, så jeg valgte å legge til flere søkeord som dukket opp i artiklene når jeg leste abstraktet.

Jeg la til søkeordene «Self harm», «Nurse intervention», «Harm reduction» og «Harm minimasation» i søkeprosessen og fant artikler som var mer relevante for problemstillingen. Etter gjennomført søk så fant jeg seks forskningsartikler som jeg har gått i dybden på og vurdert som relevante, dette kan du se lenger nede i oppgaven, under funn fra forskningsartikler.

I tillegg så fant jeg seks fagartikler under søkeprosessen, disse ønsket jeg å bruke i tillegg til forskningen. Jeg valgte bort disse når jeg kom til teorien, grunnet at de ikke lenger var relevante til problemstillingen. Jeg har også utført søk i Oria hvor jeg brukte søkeordet «Selvskading) med avgrensning i form av ingen utgivelser tidligere en 2007. Da fant jeg to fagbøker hvor den ene er skrevet på norsk og den andre dansk, jeg valgte å ta i bruk den som var skrevet på norsk. I tillegg til dette så har jeg funnet offentlige dokumenter fra helsedepartementet i Norge. Jeg har også plukket ut relevant litteratur fra sykepleie pensumet.

2.4. Kildekritikk

Eksklusjonskriteriene som ble tatt i bruk ved systematisk litteratursøk i denne oppgaven er følgende. Jeg ville ikke ta i bruk litteratur som er publisert tidligere en 2007, eller forskning som fokuserer på behandlingssenter eller institusjoner og eventuelle behandlingsprogrammer som brukes ved slike senter eller institusjoner. Bennardi et al (2016) sin forsknings artikkel tar utgangspunktet sitt i et nasjonalt register og varigheten av studien er 7 år, dette gir styrke til resultatene som er funnet gjennom studien. Arkins et al (2013) er en studie hvor de har søkt på forskning mellom 1999 og 2011 og studien er kontrollert gjennom en dobbel blind gjennomgang noe som gir styrke til resultatet. Mangnall og Yukovich (2008) sin studie er en av de eldre studiene og stiller ikke like sterkt som en nyere studie.

2.5. Etiske refleksjoner i oppgaven

For å opprettholde taushetsplikten når jeg beskriver om egne erfaringer og observasjoner i drøftingen senere i oppgaven. Så har jeg ikke beskrevet konkrete situasjoner med detaljer som kan avdekke hvilke pasienter som var involvert i hendelsene.

3. Teori

Selvskading var et sjeldent fenomen, og på 1990 tallet var det bare observert ved sterk forvirring, depresjon og forvarsel ved selvmord. På 1960 tallet var dette et fenomen bare ved institusjoner for utviklingshemmede og i fengsler. Lenger tilbake ble selvskading oppfattet som en besettelse av djvelen, og behandlet med besvergelses og befalinger fra prester. Den første kjente beskrivelsen av selvskading finnes i bibelen, i Markus-evangeliet. Og forteller historien om en mann som levde isolert oppe i fjellene hvor han skadet seg selv med en stein, Jesus kurerte han ved å fjerne ånden som hadde besatt denne mannen (Øverland, 2006). Som en kan se har historien til selvskading vert preget av alvor, frykt og lite kunnskap.

3.1.Selvskading

Selvskading er en kompleks og variert atferd, og kan være utrykk for en rekke psykiske, sosiale og kulturelle forhold. I litteraturen er det to former for selvskading, ikke-direkte selvskading som er et vidt spekter av kropps praksiser som er destruktive for liv og helse. Slike praksiser omfatter blant annet røyking, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner. Denne formen for selvskading vil ikke bli omtalt videre i denne oppgaven. Direkte selvskading eller villet egenskade som har blitt brukt i en økende grad de siste årene, går ut på at man med vilje aktivt påfører sin egen kropp sår, smerte og skader gjennom forskjellige handlinger som ikke resulterte i død. Denne typen selvskading blir også delt opp i flere varianter, dette basert på motivasjonen bak atferden. Motivasjonen kan for eksempel være av seksuell natur som ved auto erotisk kvelning eller dekorativt i form av tatovering eller piercing, Det som skiller disse formene for direkte selvskading fra de som er aktuelle i denne oppgaven er at de blir normativt sett på som kulturelt akseptable. (Skårderud et al., 2015, ss. 388-389).

Gjennom kategoriene for selvskading laget av Simeon og Favazza hvor en deler det opp i stereotyp selvskading som er knyttet opp til psykisk utviklingshemning og autisme. Alvorlig selvskading som gjelder sjeldne fenomener med tilknytning til psykose og rus. Tvangspreget selvskading som er knyttet til symptomer som innebærer repeterende atferd som hår plukking. Og impulsiv selvskading med en repeterende og ritualistisk natur. Har det kommet en annen definisjon som er følgende. Selvskading følger en tvang eller impuls til å påføre fysisk skade på egen kropp motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte eller for å gjenvinne følelsesmessig balanse. Handlingen er vanligvis utført uten suicidale, seksuelle, eller dekorative hensikter. (Skårderud et al., 2015, ss. 390-391)

3.2. Sykepleieteori

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2003, s. 29).

En sykepleier kan bistå syke mennesker ved å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Sykepleieren gjør dette gjennom å etablere en tilknytning til den syke, som formidler til ham at han blir forstått, og at han ikke er alene. I nødens stund har innsikten i at det fins i alle fall ett varmt forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske å søke hjelp hos, holdt mange syke oppe og berget mange fra fortvilelse. Sykepleieren viser ved sine handlinger at hun ønsker å bistå den syke, ikke fordi han er syk og skal ha pleie, men fordi han er den han er og ingen annen (Travelbee, 2003, ss. 35-36).

Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte og familien ikke bare til å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i disse erfaringene. Det er den profesjonelle sykepleiers vanskeligste oppgave, som ikke må unnvikes (Travelbee, 2003, s. 37)

3.3. Relasjonskompetansen

Som sykepleier må du forholde deg til den andre som subjekt og medmenneske, til den andres opplevelse, følelser, ønsker og vilje. Å møte hele mennesket innebærer at du ikke bare møter den andre som et objekt, en fysisk ting. Objekter håndterer man, subjekter kommunisere og samhandler man med. Et menneske er også en kropp, og det er da en selvfølge at vi må til tider forholde oss til hverandre som objekter. Relasjonskompetansen innbefatter at du har egenskapen til å møte den andre som subjekt, og at du er i stand til å handle instrumentelt i de situasjonene og relasjonene der dette er riktig og hensiktsmessig (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 9-16).

Arbeid med mennesker handler i stor grad om å gå inn i en hjelperelasjon. Det forventes at sykepleieren er til hjelp for pasienten. I slike situasjoner vil det være en fare for at sykepleieren blir veldig handlingsivrig og opptatt av effektivitet og viser dette gjennom å iverksette tiltak. Dette kan bli forsterket hvis sykepleier er usikker på seg selv og egen kompetanse. Dette kan føre til uheldige konsekvenser i form av objektivisering eller tingliggjøring som videre utvikler seg til fremmedgjøring av pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 9-16). Et eksempel på dette kan være at en pasient som har kuttet seg i overarmen gjennom en selvskadende handling, hvor sykepleier i hovedsak fokuserer på behandling av skaden og ikke pasienten bak.

3.4. Møtet

De som avdekker og forholder seg til personer som selvskader blir ofte tydelig preget av fenomenet. Dette er situasjoner som krever en relasjon mellom den som skal motta og den som skal gi hjelp. Det er viktig at denne relasjonen bærer preg av trygghet og tillit for begge parter. Dette kan ofte være vanskelig, spesielt ved håndtering av situasjoner hvor selvskading er involvert. Dette er ofte grunnet negative forestillinger rundt problemstillingen, hvor det negative fokuset kan skape antiterapeutiske reaksjoner hos behandler. Dette kan skyldes en opplevelse av frustrasjon over å ikke klare å hjelpe pasienten og at situasjonen går i lås. Når pasienten opplever utrygghet og håpløshet, vil behandler oppleve en usikkerhet, og sette spørsmål ved ens egen evne til å hjelpe. Å oppleve at forsøket på å hjelpe er unyttig eller at problemet blir verre, vil derfor alltid føre til reaksjoner som fortvilelse og sinne (Øverland, 2006, s. 14).

Av og til aviser behandlere pasienter med en selvskadings problematikk, grunnet en følelse av manglende kunnskap og erfaring. Det har vist seg at flere erfarne helsesøstre gruer seg til samtaler med unge mennesker som muligens selvskader. Hvor de beskriver en følelse av lammelse av å ikke vite hvordan de skall forholde seg til avdekking og betroelser om selvskading. Selv om de var vant til å håndtere vanskelige, uventede og alvorlige problemstillinger. De opplevde at selvskading aktiverte overaskende sterke negative følelser. Noe som kunne lede til en passiv avvisning, noe som mange ungdommer er sensitive for, og kan lede til bitterhet og sinne (Øverland, 2006, ss. 14-15).

Vanskene med å forstå årsaken og den enkelte persons handlinger kan utløse sterke følelser av frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet og opplevelse av å mislykkes hos helsepersonell. Og at det således er en åpenbar utfordring at de som jobber med selvskading, utvikler kompetanse til å møte slike fenomener og til å håndtere egne reaksjoner. Hvis ikke er det risiko for at hjelper på basis av sine følelsesmessige tilstander kan bidra til uheldige intervensjoner (Skårderud et al., 2015, s. 388).

3.5. Utviklingsteori

Kriser, muligheter og følelsesmessig og sosial utvikling er basert på vår påvirkning av miljøet rundt oss og vår genetiske bakgrunn. Erik Erikson utviklet en modell med åtte faser knyttet til alderstrinn som bidrar til å danne vår personlighet (Cappelen Damm, u.d.). Jeg velger å presentere de seks første fasene siden det er i denne perioden vi møter den pasientgruppen som er aktuell i oppgaven.

(0 – 1 ½ år: ½ år: Grunnleggende tillit eller mistillit).

(1 ½ - 3 år: Selvstendighet eller tvil).

(6- 12 år: Arbeidsevne eller mindreverdighet).

(Ungdomstid: Identitet eller rolleforvirring)

Dette er en tid med mange endringer og utfordringer, en må finne ut hvem en er og hva en står får. Å akseptere seg selv for den man er, er viktig for at barnet skal få det godt. Den unge ønsker å løsrive seg fra foreldre og ta større ansvar for eget live. Det er nå viktig at løsrivningen og ansvaret øker i takt med personens modning og at en opplever positive tilbakemeldinger fra omgivelsene. Hvis det stilles krav og forventninger som ikke stemmer med utviklingsnivået eller personens bilde av seg selv, så kan det utvikle seg til rolleforvirring og identitetsvansker (Cappelen Damm, u.d.).

(Unge voksne: Intimitet eller isolasjon).

Dette er første fasen som voksen. Hvordan man møter utfordringer er knyttet til erfaringer fra tidligere i livet. Trygghet til seg selv og andre vil gjøre at en kan gi og motta nærhet og kjærlighet fra andre. Dette er avgjørende for å danne næreforhold hos andre, opplever man frykt for nærhet og at det er truende å slippe folk nær, så kan man bli isolert og dette kan føre til psykiske problemer (Cappelen Damm, u.d.).

3.6. Funn fra forskningsartikler

A literature review of deliberat self-harm

Dette er en litteraturgjennomgang som hadde som mål å presentere en operasjonell definisjon av selvsykdom. Samt konteksten, attributtene og konsekvensene av selvsykdom basert på studier som ble gjennomført mellom 2000-2007. Gjennom studien kunne forfatterne presentere litteratur som dokumenterte at definisjonens tvetydighet ovenfor selvsykdom gjør det komplisert å forske på og vanskelig å utvikle teori og praksis rundt temaet. De presenterer likevel en operativ definisjon basert på tilgjengelig forskning, de blir også presentert en beskrivelse av kontekst og attributter for selvsykdom (Mangnall & Yukovich, 2008).

Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults.

Dette er en kvantitativ studie hvor de samlet data fra det nasjonale selvsykdomsregisteret i Irland. I studien var det 28,700 deltakere i perioden 2007 til 2014. De ønsket å undersøke om det fantes mønster mellom selvsykdom og oppstart, repetisjon og risiko faktorer hos yngre mennesker som oppsøkte en skadestue grunnet selvsykdom i en periode på 7 år. De fant ut at personer med høyest risiko for selvsykdom var mellom 15 til 19 år gamle kvinner og 20 til 24 år gamle menn. Kutting ble assosiert ved personer som hadde hyppig selvsykdom. For å redusere risiko for repeterende selvsykdom bør alle som oppsøker poliklinisk avdeling grunnet selvsykdom bli kartlagt i henhold til risiko, psykososial tilstand og selvsykdoms historikk (Bennardi et al., 2016).

I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure

Dette er en kvalitativ studie som intervjuet 36 sykepleiere, som jobber med pasienter som selvsykdom. Det ble gjort intervjuer før og etter undervisningstiltaket ble iverksatt. Studiens formål var å vurdere effektiviteten av en løsnings orientert undervisningstiltak for å bedre sykepleiernes respons til pasienter som har selvsykdom. Resultatet viste at sykepleierne opplevde økt kunnskap, forståelse og ble tryggere på seg selv ved samhandling med pasienter som selvsykdom. De opplevde også en holdningsendring ovenfor denne pasientgruppen og hadde videre ønske om å utføre en mer person rettet og forandrings orientert praksis (McAllister, Moyle, Billett, & Zimmer-Gembeck, 2009).

Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: A patient's perspective.

Dette er en kvalitativ studie hvor de brukte semistrukturerte intervju som metode. De intervjuet tolv kvinner som hadde fullstendig sluttet med selvskadende handlinger. Formålet med studien var å forstå prosessen som fant sted når disse endret sin atferd. Det ble gjennom denne studien konkludert med at det er seks faser i prosessen mot å stoppe selvskadende atferd. Kontakt var identifisert som den viktigste faktoren ved alle faser. Basert på dette konkluderte de med at den viktigste sykepleie intervensjonen var å fokusere på å skape en god kontakt med pasienter som selvskader, og bidra med og skape et positivt selvilde og alternativ atferd hos denne pasientgruppen (Bosman, 2009).

Then I just showed her my arms . . . 'Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. * A hermeneutic phenomenological study.

Dette er en kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk design. De intervjuet 4 personer med selvskadende atferd og en sykepleier som jobber med denne pasientgruppen, gjennomgang av 99 observasjoner fra database og epost korrespondanse med en kvinne som har selvskadende atferd. Formålet med studien var å få innsikt og forståelse for fenomenet selvskading. Konklusjonen ble følgende, selvskading bør bli sett på som en form for selv omsorg med formål og avslutte en skadelig tilstand. Det viste også at forståelse og gode relasjoner mellom sykepleier og pasient hadde stor verdi og mening. Det kommer også frem at det er nødvendig med mer forskning på dette området, siden det fortsatt er mange spørsmål som ikke er besvart. Men at funnene viser at sykepleie tiltak som fysisk trygging i form av berøring som skaper en følelse av sikkerhet og trygghet hos personer som ikke klarer verbalt å kommunisere er til svært god hjelp (Schoppmann, Schrøck, Schnepf, & Buscher, 2007).

4. Drøfting

I dette kapitlet vil jeg ta opp diskusjonen rundt problemstillingen, med teorien fra forrige kapittel som utgangspunkt.

4.1. Behovet bak atferden

Helsepersonell som møter pasienter med selvskadende atferd vil ofte møte et menneske som har vært gjennom en emosjonell ubalanse som har manifestert seg som en fysisk skade. Hvilke behov er det helsepersonellet avdekker i dette møtet? Basert på egne erfaringer og observasjoner så har helsepersonell en tiltaksorientert holdning til denne pasientgruppen. En type tankegang som fokuserer på hvilke tiltak en kan iverksette i øyeblikket for å løse problemstillingen som blir presentert. Ofte omfatter dette noen omsorgsfulle ord fulgt opp av en nesten nedlatende tale om hvorfor de må slutte med denne atferden, fordi det er en uegnet og farlig handling. Pasienten får den nødvendige fysiske behandlingen, undersøkelser av lege og muligens innleggelse for en natt på akutt psykiatrisk avdeling eller indremedisin for observasjon. Når pasienten får reise hjem, fysisk behandlet, begynner syklusen på ny. Den eneste forandringen er at for hver gang en har fullført en runde så blir høfligheten og omsorgen redusert litt etter litt. Dette fordi at nå er pasienten en «Kjenning» og prosessen er ren rutine. Spørsmålet som helsepersonellet ikke stilte seg selv i dette eksempelet var følgende, hva er årsaken til denne atferden og hva er det pasienten egentlig trenger?

Den store predisponerende faktoren for selvskadende atferd er traumatiske opplevelser i barndommen. Et slikt traume kan omfatte seksuelt, fysisk misbruk, stort tap, svikt i omsorg eller mobbing (Arkins, Tyrell, Herlihy, & Crowley, 2013), (Mangnall & Yukovich, 2008), (Skårderud et al, 2015, ss. 393-394). Dette kan være tilfellet uavhengig av når i livet den selvskadende atferden oppstod. (Mangnall & Yukovich, 2008).

Hvis vi ser på utviklingsteorien til Erik Erikson så kan vi se at et barn som ikke opplever trygge og omsorgsfulle omgivelser med en stabil tilstedeværelse kan allerede i den første fasen i utviklingen, fra fødsel til 1 ½ år påvirke hvordan barnet knytter tillit til omgivelsene. Dette følger barnet gjennom hele livet, noe som disponerer det til å utvikle atferdsmønster for å dekke over denne følelsen av utrygghet. Den andre fasen i utviklingen frem til barnet er 3 år kan bidra til at barnet utvikler skam og tvil hvis barnet blir pålagt mange grenser, regler eller forventninger som de ikke klarer å innfri. Dette kan bli forsterket i den tredje fasen frem til barnet blir 6 år, hvis barnet fortsetter å oppleve streng grensesetting og negativ respons eller mangel på respons. Dette kan også føre til at barnet utvikler en sensitivitet i henhold til å oppleve skyldfølelse. I den 4 fasen frem til barnet er 12 år kan det utvikle en følelse av at det ikke strekker til, føle seg mindre verdt og sosialt utilpass. Dette kan skje hvis det ikke får positive tilbakemeldinger, opplever mestring eller en følelse av å passe inn i det sosiale miljøet. Når vi nå beveger oss inn i den 5 fasen og ungdomstiden, nå vil erfaringene fra de andre fasene bidra til å danne ens identitet. Det er nå en skal videreutvikle seg og begynne å finne sin rolle i miljøet. Dette gjør en gjennom å se seg selv gjennom andre og følelsen av å passe inn. Hvis en opplever negative tilbakemeldinger eller en følelse av å ikke passe inn så vil dette danne en intern rollekonflikt og igjen forsterke de negative egenskapene som ble utviklet i barndommen. Hvis rollekonflikten og en manglende sosial tilhørighet fortsetter inn i fase 6 som er tidlig voksen alder, så kan det føre til at en blir isolert fra omverdenen og har vansker med å slippe andre nær seg selv (Cappelen Damm, u.d.).

Gjennom utviklingsteorien kan vi se at traumer i barndommen i form av misbruk, tap, mobbing eller omsorgs svikt kan potensielt føre til at en utvikler negative egenskaper. Dette betyr at en person som har en selvskadende atferd kan ha utfordringer som ligger bak atferden som stammer fra sin utvikling gjennom barndommen. Dette i form av tillitsvansker, dårlig selvtillit, skam og usikkerhet, skyldfølelse, isolasjon, sosialt utilpass og vansker med å slippe andre nær seg. I dagens samfunn hvor fokuset er å fremstå som perfekte eksemplarer med media som vår læremester, vil de tidligere nevnte egenskapene bli regnet som sosialt lite akseptert. Når våre følelser er knyttet til negative egenskaper så utvikler vi ofte angst, noe som trolig de fleste med en slik utvikling vil oppleve.

Det har blitt observert at pasienter som selvskader opplever angst og depresjon, relasjonen mellom angst og stress er det sentrale fokuset ved selvskadende atferd. En av teoriene er at selvskading oppstår grunnet en manglende evne til å uttrykke følelser, noe som vil lede til en oppbygning av stress. Denne pasientgruppen ble ofte lett sinte, kyniske og irriterte samtidig som de følte på tvil, skyldfølelse og selv kritikk, noe som fører til at sinnet vender innover mot seg selv. En teori sier at den viktigste forutsiende faktoren var perioder med dissosiasjon, hvor personen følte seg uvirkelig, at de opplever en tilstand hvor de ikke eksisterer eller forsvinner. Det har tidligere blitt rapportert at en selvskadende handling var det eneste som kunne avslutte denne tilstanden (Mangnall & Yukovich, 2008) og (Skårderud et al., 2015, ss. 394-396) og (Øverland, 2006, s. 35).

Det har blitt oppdaget at interpersonale konflikter med spesielt familiemedlemmer kunne spesielt fremprovosere unnvikende oppførsel som kan bidra til økning i stress og utvikling av angst. Dette er spesielt fremtredende ved kvinner i en 24 timers periode før selvskading. Menn er mer påvirket av risikotaking i en 24 timers periode før selvskading, men dette kan relateres til biologiske årsaker (Arkins et al., 2013)

Det at selvskading er en handling som har som formål og redusere stress etter en periode med oppbygging er godt dokumentert. En studie kunne konkret vise til målinger av stresshormonet kortisol hos personer som selvskader. Det kom frem i studien at når kortisol nivået oversteg et bestemt nivå så utløste det en trang for selvskading, når selvskadingen var utført kunne man måle at kortisol nivået momentant normaliserte seg selv (Mangnall & Yukovich, 2008). Dette støttes opp av annen teori hvor det også presenteres mulige biologiske modeller som tyder på at en som selvskader ikke opplever smerte under selvskading og muligens opplever en lett form for rus eller selvbelønning (Øverland, 2006, ss. 39-40).

Andre studier har funnet ut at en annen årsak til selvskading er at det blir brukt som en alternativ måte å kommunisere på, når det ikke er nok med verbal kommunikasjon. Det virket som om at de som selvskader opplever å ikke få emosjonell støtte, og at ingen viser dem forståelse og omsorg. Det er ved denne mangelen på noen som kan omsorgsfullt lytte til dem at de vender til en mer dramatisk form for kommunikasjon. Dette kan tyde på at kroppen blir brukt til å kommunisere noe som er vanskelig å uttrykke på andre måter (Mangnall & Yukovich, 2008) og (Skårderud et al., 2015, ss. 394-396).

4.2. Hvordan skape den gode relasjonen

Hvis vi ser på hva en pasient som har selvskadende atferd tar med seg i møtet med sykepleier. Så kan vi se i drøftingen over at dette mennesket kan ha en vanskelig relasjon til familien, vansker med å ha tillit til noen og slippe andre nær. Har tendenser til å undervurdere seg selv, isolere seg fra omverdenen med følelser av tvil, skam og en manglende tro på seg selv. Hvis vi kan tenke oss at dette er noe av de som vi møter så må vi også tenke oss at dette er et menneske som trenger å møte noen som kan skape et trygt rom, hvor en har tillit og omsorg som fundament. Et rom hvor en kan bare prate og bli lyttet til uten bekymringer for konsekvenser, et rom hvor en kan bli akseptert uavhengig av hvilken hendelse som brakte dem der.

Det er ikke alltid er sykepleierens jobb å gjenvinne helse, men til å oppnå optimal helse på høyest mulig nivå. Dette krever mer av sykepleieren, men kan ikke ignoreres. Det vil si at noen ganger trenger pasienten mer enn bare god fysisk pleie. Det krever at den profesjonelle sykepleieren går inn for å hjelpe pasienten i ikke bare mestre sykdommen men også finne meningen i erfaringen (Travelbee, 2003, ss. 36-37).

En studie hvor det ble intervjuet flere personer som hadde klart å avslutte den selvskadende atferden kom det frem seks viktige faser mot bedring. Det å skape en trygg kontakt med andre, samt å utforske og fremme trygge forhold var beskrevet som essensielt for å bevege seg i den riktige retningen (Bosman, 2009). Det er tre forhold eller faktorer som har betydning for om relasjonen vil utvikle seg til en god og trygg relasjon. Vår væremåte som sykepleier sier mye om oss fra pasientens perspektiv, og vil danne deres første mening og opplevelse av relasjonen. Vår væremåte gjenspeiler våre egne holdninger, dette gjennom måten vi hilser, beveger oss, konsentrasjonen, interessen, imøtekommenhet og hvordan vi snakker (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 180-181). Dette betyr at hvis vi er nervøse, redde eller irriterte så vil dette gjenspeile seg i hvordan vi møter pasienten. Det som pasienten ikke ser er at bak disse følelsene så ligger det en usikkerhet eller frustrasjon, ikke over pasienten men sykepleieren selv. Dette kan komme av manglende kunnskap, erfaring eller evne til å håndtere situasjonen. En tidligere studie undersøkte dette og det viste seg at når sykepleiere mottar målrettet opplæring og tilegner seg kunnskap om selvskadende atferd så endret holdningene hos sykepleierne. I henhold til studien ble sykepleierne tryggere på å gå inn i relasjoner med denne pasientgruppen, aksepterte handlingen og anerkjente deres rett på like god pleie og omsorg som hos andre pasientgrupper (McAllister et al., 2009).

For å oppleve bedring ved selvskadende atferd må man videre bygge opp pasientens selvtillit ved å skape en dypere kontakt med pasientens indre selv. Hvis man klarer å bygge pasienten opp så kan pasienten med hjelp fra sykepleier bruke denne nye innsikten til å skape forståelse for seg selv som individ. Dette kan skape en innsikt for pasienten, som kan lede til at de innser at de kan selv bestemme over sitt eget liv (Bosman, 2009). Det er under denne prosessen at jeg tror en sykepleier trenger Røkenes og Hanssen sin andre faktor for å skape gode relasjoner. Empati gjør det mulig for sykepleieren å leve seg inn i pasientens indre, subjektive opplevelse både innholdsmessig og affektivt (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 181-185). Det kan tenkes at gjennom dette så kan en sykepleier knytte sammen opplevelser med følelser. Noe som gjør at en kan veilede pasienten gjennom det som er vanskelig, for så å skape klarhet, innsikt og forståelse av seg selv og sine handlinger. Det er ved dette stadiet at pasienten kan velge å begynne å ta mer kontroll over eget liv og miljø, og bruke det en har lært gjennom prosessen til å utforme nye mestringsstrategier (Bosman, 2009).

Den tredje faktoren for å skape en god relasjon er at sykepleieren må være annerkjennende. Dette betyr at en må vise pasienten at en aksepterer og respekter pasienten, opplevelsene og følelsene som kommer frem (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 185-192). . Dette mener jeg handler først og fremst om aksept, forståelse og toleranse for fenomenet selvskadende atferd. Det er slik som jeg ser det viktig at sykepleiere annerkjenner at dette er et vanlig fenomen, med en funksjon som mestringsstrategi når andre former for dette ikke har vært tilgjengelige. Bare når vi aksepterer fenomenet kan vi akseptere pasienten som det individet det er.

4.3. Konsekvensene av en dårlig relasjon

Hvis vi skal forstå hvorfor det er så viktig for sykepleiere å skape gode relasjoner hos pasienter med selvskadende atferd, så må vi se på hva vi risikerer ved å ikke gjøre dette. En tanke er at et liv som preges av isolasjon og indre konflikt, hvor det normative støtte apparatet ikke er til stede. Hvor en ikke finner forståelse og aksept hos familie eller samfunn. Kan vi da virkelig snu ryggen til og potensielt forsterke de allerede skadelige tanke mønstrene og følelsene pasienten opplever. Hvis ikke sykepleierne klarer å sette til side sin egen usikkerhet og komfort, men i stedet gjennom sine handlinger og væremåte stemple dem som vanskelige, gjengangere, en plage, unødvendige og som et skadet menneske. Noe vi lapper sammen og sender ut igjen, som om vi skulle ha vært mekanikere ved et verksted. Da gjør vi dem om til nettopp dette, mennesker kommer i alle fasonger, og det er relasjonen og samhandlingen som former oss når vi møter andre. Behandler vi mennesker som vanskelige eller en plage, så vil de bli opplevd som nettopp dette. Ikke fordi de er det, men fordi vi gjorde dem til det.

Hvis en pasient med selvskadende atferd eller uten slik atferd føler seg avist og alene i verden, uten noen som kan vise omsorg og forståelse. Så er det meget naturlig at en slik situasjon vil framprovosere eller forsterke en følelse av angst. Angst skaper stress, stress avdekker minner og følelser som igjen setter den indre konflikten i gang. Uten den omsorgsfulle kontakten som tilbyr forståelse og aksept, så vil en alltid returnere til sine naturlige instinkter og ta i bruk kjente mestringsstrategier (Schoppmann, Schrøck, Schnepf, & Buscher, 2007).

En studie viste at i en periode på 7 år hvor de fulgte 28 700 individ som hadde selvskadende atferd så hadde følgende aldersgruppe flere besøk grunnet repeterende selvskading. 1-3 besøk 14-19 år 33.7%, 20-24 år 33.3%. Mer enn 4 besøk, 20-24 år 38,4%. De fant også ut at jo flere episoder med selvskading jo hyppigere bli episodene samt en sammenheng mellom selvskading og selvmord, spesielt vis det er repeterende tilfeller. Studier har vist at faren for selvmord i løpet av et år etter en enkel episode med selvskading er 2.1% og hvis det var gjentakende hendelser økte risikoen til 4.1% hos menn i alder 10-24 år. Hos kvinner var det en risiko på 0.3% ved en enkel hendelse og 1.9% ved repeterende hendelser. (Bennardi et al., 2016).

Jeg skal ikke prøve å si at dette skyldes manglende pleie og omsorg fra sykepleiere, det sier seg selv at en selvskadende atferd ikke forsvinner over natten. Men det er min tro at en endring i holdninger og praksis hos sykepleiere kombinert med å ta tak i det tidlig i forløpet kan redusere prosentene som er nevnt over. Årsaken til at det er så viktig å være klar over disse prosentene som kommer frem i studiene er at de presenterer realiteten ved denne atferden. De sier noe om at dette er en kamp om overlevelse, hvis vi ignorerer dette så kan mange liv gå tapt. Ikke bare grunnet selvmord men også gjennom uhell. Tidligere nevnt i drøftingen over så viser det seg at spesielt kutting er en form for kommunikasjon gjennom huden. En måte og si at en trenger hjelp når ord ikke rekker til, spørsmålet sykepleiere må stille seg da, er det samme som mange pasienter der ute. «Når kutter jeg dypt nok til at dere vil lytte»

På denne måten så fordømmer vi disse menneskene til å gå igjennom en evig sirkel, helt til noen våger å sette egne følelser til siden og rekke ut en hånd. Eller til en når det punktet hvor det plutselig ble for mye, kniven var for skarp, kuttet ble for dypt, øsken med tabletter var for dyp og tiden ble for knapp.

5. Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å se nærmere på møtet mellom sykepleier og pasienter med selvskadende atferd. Jeg ønsket å se på hvordan dagens praksis, basert på mine egne erfaringer og observasjoner påvirker møtet med denne pasient gruppen og hvordan en sykepleier burde gå frem for å skape den gode relasjonen. Jeg ønsket også å se på konsekvensene og fordelene som kan oppstå ved den dårlige relasjonen og den gode relasjonen.

Gjennom litteraturen kom det frem at for å kunne møte denne pasientgruppen på en god måte, samt å skape den gode relasjonen. Så er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om selvskadende atferd. Dette var essensielt for at sykepleiere skal kunne klare å sette til side sin utrygghet og usikkerhet samt endre sine holdninger og handlingsmønster. Dette slik at sykepleieren kan lettere tre inn i møtet med pasienten på en slik måte at de oppleves som genuint, omsorgsfullt og aksepterende, noe som regnes for å være grunnlaget for den gode relasjonen. Det var også viktig at sykepleieren hadde evne til å reflektere over hvilke erfaringer og følelser pasienten og sykepleieren selv tar med seg inn i møtet, dette var viktig for å skape forståelse av erfaringene, knytte erfaringene til følelsene og for å anerkjenne og akseptere erfaringene, følelsene og individet.

Gjennom drøftingen kom det frem at denne pasientgruppen har trolig vokst opp i miljøer hvor en har blitt sviktet av familie eller samfunnet på en eller annen måte. Noe som gjør det avgjørende at sykepleiere åpner seg opp for å møte mennesker i situasjoner hvor begge parter føler seg sårbar. På denne måten kan man forebygge og aktivt hjelpe pasienter med selvskadende atferd, noe som kan skape en bedret livssituasjon og potensielt redusere dødsfall relatert til denne atferden. Det kom også frem at hvis vi ikke endrer på hvordan vi møter disse menneskene så vil vi indirekte bidra til at deres livssituasjon og handlingsmønster blir mer og mer malignt over tiden.

Referanser

- Arkins, B., Tyrell, M., Herlihy, E., & Crowley, B. (2013). Assessing the reasons for deliberate self-harm in young people. *Mental Health Practice*, 16(7), pp. 28-32. Retrieved April 10, 2017, from <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=cc29221f-202b-4075-9729-dbf5fb9418da%40sessionmgr102&vid=0&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=104273992>
- Bennardi, M., McMahon, E., Corcoran, P., Griffin, E., & Arensman, E. (2016, November 29). Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young. *BMC Psychiatry*, 16, pp. 1-12. doi:10.1186/s12888-016-1120-2
- Bosman, N. K. (2009, Mai 28). Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. *Archives Of Psychiatric Nursing*, pp. 25-31. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.012
- Cappelen Damm. (n.d.). *Moderne psykologi*. Retrieved Mai 11, 2017, from Psykologi: https://psykologi.cappelendamm.no/elevreal/tekst.html?tid=1848430&sec_tid=1862776
- Fjose, M. (2017). Litteratursøk: SK 152 - Seminardag 1 (PowerPoint-presentasjon). Retrieved April 23, 2017, from [https://fronter.com/hisf/links/files.phtml/2100820722\\$432666893\\$/Emner/SK+152+Bacheloropp_g_percent_E5ve+i+sjukepleie/Litteraturs_percent_F8k+-+seminardag+1+-+lysbilder](https://fronter.com/hisf/links/files.phtml/2100820722$432666893$/Emner/SK+152+Bacheloropp_g_percent_E5ve+i+sjukepleie/Litteraturs_percent_F8k+-+seminardag+1+-+lysbilder)
- Folkehelseinstituttet. (2016, November 2). Dødsårsakregisteret-Statistikkbank. Retrieved April 22, 2017, from <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Retrieved April 17, 2017, from Regjeringen.No: https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf
- Jensen, M. j. (2007). *Livets bølger*. Commentum.
- Mangnall, J., & Yukovich, E. (2008, Juli 1). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, pp. 175-184. doi:10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009, Oktober 1). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), pp. 2838-2845. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). Ordliste. In M. W. Nortvedt, G. Jamtvedt, B. Graverholt, L. V. Nordheim, & R. M. Liv, *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2 ed., pp. 193-199). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). Spørsmålsformulering. In M. W. Nortvedt, G. Jamtvedt, B. Graverholt, L. V. Nordheim, & L. M. Reinart, *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2 ed., pp. 29-39). Oslo: Akribe.
- Røkenes, O.-H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- Schoppmann, S., Schrøck, R., Schnepf, W., & Buscher, A. (2007, September 1). 'Then I just showed her my arms . . .' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(6), pp. 587-597. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01150.x
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stanicke, E., & Sommerfeldt, B. (2015). Å ta kroppen på ordet. In F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stanicke, *Psykiatriboken: Sinn- Kropp- Samfunn* (1 ed., pp. 370-397). Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2017). Valg av metode. In I.-J. Thidemann, *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2 ed., pp. 76-83). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Trans.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øverland, S. (2006). Definisjon og klassifisering. In S. Øverland, *Selvskading en praktisk tilnærming* (pp. 13-44). Bergen: Fagforlaget Vigmostad og Bjørke.

Vedlegg 1

Pico - skjema

Problem	Tiltak	Sammenligning	Resultat
Selvskading	Ivaretaking		Trygghet
Selvskading	Skade reduksjon	Skade avverging	Trygghet

Vedlegg 2

Søkeprosess

Nr.	Database	Søkeord	Resultat	Søk type	Antall brukt
1.	ASE+Medline/Chinale full text	Delibrat Self-harm	11,909	Smart text	
2.	ASE+Medline/Chinale full text	Self-Injurious behavior	6,654	Boolean/phrase	
3.	ASE+Medline/Chinale full text	1 OR 2	7,527	Boolean/phrase	
4.	ASE+Medline/Chinale full text	Parasuicide	533	Boolean/phrase	
5.	ASE+Medline/Chinale full text	Self mutilation	2,318	Boolean/phrase	
6.	ASE+Medline/Chinale full text	Self- Injury	6,523	Boolean/phrase	
7.	ASE+Medline/Chinale full text	Self-Wounding	7	Smart text	
8.	ASE+Medline/Chinale full text	4 OR 5 OR 6	7,835	Boolean/phrase	

Nr.	Database	Søkeord	Resultat	Søk type	Antall brukt
9.	ASE+Medline/Chinale full text	Caring	44,804	Boolean/phrase	
10.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 9	147	Smart text	1
11.	ASE+Medline/Chinale full text	2 AND 9	0	Boolean/phrase	
12.	ASE+Medline/Chinale full text	Intervention	681,274	Boolean/phrase	
13.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 12	218	Boolean/phrase	
14.	ASE+Medline/Chinale full text	2 AND 12	840	Boolean/phrase	
15.	ASE+Medline/Chinale full text	Safety	645,734	Boolean/phrase	
16.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 15	36	Boolean/phrase	
17.	ASE+Medline/Chinale full text	2 AND 15	207	Boolean/phrase	

Nr.	Database	Søkeord	Resultat	Søk type	Antall brukt
18.	ASE+Medline/Chinale full text	Harm reduction	7,580	Boolean/phrase	
19.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 18	14	Boolean/phrase	
20.	ASE+Medline/Chinale full text	2 AND 18	39	Smart text	
21.	ASE+Medline/Chinale full text	harm minimisation	1,564	Boolean/phrase	
22.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 21	4	Boolean/phrase	
23.	ASE+Medline/Chinale	2 AND 21	16	Boolean/phrase	

Nr.	Database	Søkeord	Resultat	Søk type	Antall brukt
24.	ASE+Medline/Chinale full text	Self-Harm	7,583	Boolean/phrase	2
25.	ASE+Medline/Chinale full text	18 AND 24	174	Boolean/phrase	
26.	ASE+Medline/Chinale full text	21 AND 24	49	Boolean/phrase	
28.	ASE+Medline/Chinale full text	18 AND 6	25	Boolean/phrase	
29	ASE+Medline/Chinale full text	21 AND 6	14	Boolean/phrase	

Nr.	Database	Søkeord	Resultat	Søk type	Antall brukt
30.	ASE+Medline/Chinale full text	Nurse intervention	4,681	Boolean/phrase	
31.	ASE+Medline/Chinale full text	1 AND 30	4	Boolean/phrase	1
32.	ASE+Medline/Chinale	2 AND 30	10	Boolean/phrase	2