



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 340

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Verdsatt og likeverdig - Å skape en god relasjon til pasienten som seluskader		
<b>Antall ord *:</b>	7890		
<b>Engelsk tittel *:</b>	Valued and equal - Establishing a good relation to the patient who self-harms		
<b>Egenerklæring *:</b>	Ja	<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Nei
		<b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b>	

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Verdsatt og likeverdig – Å skape en god relasjon til pasienten som selvskader

Valued and equal – Establishing a good relation to the patient who self-harms

**Kandidatnummer: 340**

Bachelor i sykepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 22.04.2020 kl. 14.00

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

*Du så, du visst at æ trengt å forstå*

*En som var der og tok vare på*

*Mæ, som virkelig så mæ*

*Du, ingen å ingen men du*

*Gjennom skya og himmel og sola som snur*

*Va du den som ga hjertet tru*

(Buchmann, 2012)

## Abstrakt

**Bakgrunn for valg av tema:** Det har blitt rapportert om en økning i selvskading forrige tiår; 18% av ungdom mellom 12-18 år og 4% av voksne oppgir at de har skadet seg selv med vilje. Både i det private liv og i praksis har jeg opplevd at sykepleiere utviser negative holdninger ovenfor pasienter som selvskader, og at fokuset til sykepleierne lå mer på de praktiske konsekvensene av selvskading enn på pasienten som skadet seg.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter som selvskader?

**Metode:** Oppgaven bygger på en litteraturstudie, hvor det er brukt både forskningsartikler og faglitteratur for å besvare problemstillingen. Databasene som er blitt brukt til litteratursøket er CINAHL, PubMed og Sykepleien.no.

**Funn:** En av studiene viser at det eksisterer negative holdninger blant helsepersonell ovenfor pasienter som selvskader, samtidig som nesten samtlige av de andre studiene viser at en ikke-dømmende holdning er viktig for utvikling av en god sykepleier-pasient-relasjon. Å tilbringe tid sammen trekkes frem i flere av studiene som noe som for pasienten kan bidra til en følelse av å være verdifull og likeverdig.

**Oppsummering:** At sykepleieren har en ikke-dømmende holdning forutsetter en viss forståelse for hvorfor pasienten selvskader, og er viktig for at pasienten skal føle seg verdsatt og likeverdig i relasjonen med sykepleieren. Følelsen av å være verdsatt kan styrkes ved at sykepleieren viser at han eller hun ønsker å tilbringe tid sammen med pasienten, samt viser at han eller hun ikke kommer til å forlate pasienten.

## Abstract

**Background:** An increase in self-harm has been reported over the past decade; 18% of youth between the ages of 12-18 and 4% of adults state that they have intentionally injured themselves. Both in my private life and in practice I've experienced nurses who exhibit negative attitudes towards patients who self-harm, and that the nurses focused more on the practical consequences of self-harming, rather than on the patient who self-harmed.

**Problem:** How can nurses establish a good relation to patients who self-harm?

**Method:** This thesis is based on a literature study, where both research articles and academic literature are included to approach the problem. The resource articles are found in the databases CINAHL, PubMed and Sykepleien.no

**Findings:** One of the studies show that negative attitudes towards patients who self-harm exists among health care professionals, and almost all the other studies show that a non-judgmental attitude is important for developing a good nurse-patient-relation. Spending time together is highlighted in several studies as something that can contribute to the patient feeling valued and equal.

**Summary:** For the nurse to hold a non-judgmental attitude, the nurse needs a certain understanding of why the patient self-harms, and it is important for the patient to feel valued and equal in the relation with the nurse. The feeling of being valued can be strengthened by the nurse showing that he/she wishes to spend time together with the patient and shows that he/she will not leave the patient.

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	5
1.0. Introduksjon .....	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3. Hensikt.....	7
1.4. Problemstilling.....	7
1.5. Avgrensning av problemstillingen.....	7
2.0. Teoretisk grunnlag.....	9
2.1. Selvskading.....	9
2.2. Lovverk.....	10
2.3. Sykepleiefaglig perspektiv .....	10
2.4. Sykepleie og relasjoner.....	12
3.0. Metode.....	14
3.1. Litteraturstudie som metode .....	14
3.2. Litteratursøk.....	14
3.2.1. Tabell 1: PI-skjema .....	15
3.2.2. Tabell 2: Søkeprosess.....	16
3.3. Metodekritikk .....	17
3.4. Kildekritikk.....	18
3.4.1. Kritisk vurdering av forskningsartiklene.....	18
3.4.2. Svakheter ved forskningsartiklene .....	18
4.0. Resultat/funn .....	19
4.1. Oppsummering av funn .....	22
5.0. Drøfting .....	23
5.1. En ikke-dømmende holdning.....	23
5.2. Å tilbringe tid sammen .....	25
5.3. Å vise gjennom ord og handling at pasienten er verdifull.....	26
6.0. Avslutning .....	29
7.0. Referanseliste .....	30
8.0. Vedlegg 1: Fremdriftsplan .....	33
9.0. Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie .....	34
10.0. Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel .....	34

## 1.0. Introduksjon

### 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Nasjonalt senter for selvmordsforskning og-forebygging ([NSSF], u.å.) har det blitt rapportert om en økning i selvskading forrige tiår. Om dette skyldes en reell økning, økt oppmerksomhet på fenomenet eller mer forskning og bedret registrering, er dog usikkert. Ifølge Helsedirektoratet (2017) oppgir 18% av ungdom mellom 12-18 år og 4% av voksne at de har skadet seg med vilje. Disse anslagene varierer fra land til land, men forekomsten er generelt høyest hos kvinner i tenårene. For å forstå selvskading, kan en forståelse av hvem som selvskader være nyttig. Som nevnt innledningsvis er det flere ungdommer enn voksne som selvskader, og flertallet er kvinner. NSSF (u.å.) sier at selvskading ofte sees i sammenheng med andre psykiske vansker som depresjon, angst, rusproblemer, spiseforstyrrelser, psykose eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Man ser også at mange av de som selvskader har hatt traumatiske opplevelser i barndom og oppvekst (Helsedirektoratet, 2017). Man kan altså ofte se selvskading hos pasienter med andre psykiske lidelser, men man ser også at det ikke kun forekommer blant dem. I 2002 (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall) ble den såkalte «CASE-studien» publisert, og hovedfunnet her var at selvskading også forekommer i store deler av det vi anser som «normalpopulasjonen», altså mennesker som ikke har noen psykisk lidelse, eller som ikke har påvist psykisk lidelse.

Det er i tillegg verdt å nevne at selvskading ifølge Helsedirektoratet (2017) kan være smittsomt/sosialt overførbart. Dette har man spesielt sett i behandlingsinstitusjoner og enkelte ungdomsmiljøer, og handler blant annet om bruk av internett, da det finnes en del mennesker som legger ut bilder av egen selvskade på sosiale medier. Sommerfeldt og Skårderud (2009) mener dette også kan skyldes at det har vært et økt fokus på selvskading i mediene de siste årene, hvor blant annet flere kjendiser har gått ut med sine historier og erfaringer med selvskading. Selv om dette kan bidra til mer åpenhet rundt tema, kan det også gi mennesker med følelsesmessige vansker konkrete handlingsideer. NRK (Moland & Kjølleberg, 2019) la i 2019 ut en dokumentarfilm som fikk mye oppmerksomhet hvor de utforsket et nettverk på internettplattformen Instagram. Nettverket består av hundrevis, hovedsakelig unge, norske jenter, som deler bilder og videoer av selvskading og selvmordsforsøk. De mente at de så flere konkrete eksempler på at metoder for selvskading og selvmordsforsøk ble spredt rundt til «medlemmene» (Moland & Kjølleberg, 2019).

Jeg har siden jeg begynte på sykepleierstudiet visst med meg selv at den dagen jeg skal velge et tema å fordype meg i til bacheloroppgaven vil det være noe innen psykisk helse. Grunnet opplevelser og erfaringer som går helt tilbake til min tidlige barndom, har dette vært et tema som ligger mitt hjerte nært – et tema jeg brenner for. Da jeg i løpet av mitt andre studieår hadde min psykiatripraksis opplevde jeg gjentatte ganger at helsepersonell hadde negative holdninger ovenfor pasienter som selvskadet og stigmatiserte dem. Jeg opplevde selvskading som et svært skjørt tema hvor fokuset lå mer på de praktiske konsekvensene av selvskadingen fremfor pasienten som skadet seg. Uavhengig av hva som lå til grunn for disse holdningene preget det naturlig nok forholdet mellom pasientene og helsepersonellet som utviste disse holdningene, og dermed igjen pasientenes bedringsprosess og velvære.

### 1.3. Hensikt

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å kaste lys over hvordan vi som sykepleiere på best måte kan møte og skape en god relasjon til pasienter som selvskader, og gjennom relasjonen på sikt bidra til endret handlingsmønster og bedret helse.

### 1.4. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter som selvskader?

### 1.5. Avgrensning av problemstillingen

Det er naturlig at utfordringer knyttet til å skape en god relasjon vil ha større eller mindre variasjoner ut fra hvilke diagnoser pasientene eventuelt har. Men på bakgrunn av at det ikke bugner over av forskning på dette området har jeg valgt å ikke avgrense oppgaven til bestemte diagnoser eller situasjoner, men se mer generelt på hva som er viktig for å skape en god mellommenneskelig relasjon mellom sykepleiere og pasienter som selvskader. Som sykepleier kan man møte pasienter som selvskader over alt, og jeg ønsker ikke å avgrense oppgaven til for eksempel psykiatrisk institusjon, kirurgisk sengepost eller legevakt. Jeg vil allikevel påpeke at jeg er overbevist om at arbeidssted/arbeidsområde vil, i større eller mindre grad, ha innvirkning på hvilken relasjon man kan opparbeide til pasienten som selvskader. Selv har jeg møtt pasienter som selvskader både på psykiatrisk institusjon, kirurgisk sengepost og i hjemmetjenesten. En annen ting jeg ønsker å påpeke, er at en slik relasjon kan avhenge av hvem pasienten er - alle pasienter er unike individer med varierende behov og ønsker.



Jeg har heller ikke valgt å avgrense problemstillingen med tanke på kjønn eller alder, selv om det vil være variasjoner også her. Et møte med en voksen som selvskader kan for eksempel være annerledes enn et møte med en ungdom som selvskader, fordi en person i 20- eller 30-årene ifølge Moe og Ribe (2007, s. 64) ofte har en lengre selvskadingshistorikk bak seg, og kan inneha erfaring med hjelp fra helsevesenet for dette fra før av. Når det gjelder kjønn har jeg ikke bevisst avgrenset oppgaven til å omhandle hvordan sykepleieren kan skape en god relasjon til den kvinnelige pasienten som selvskader, men det er allikevel det den handler om. Årsaken til dette er at det finnes få eller ingen studier som tar sikte på å se hva som er viktig i arbeidet med den mannlige pasienten som selvskader, selv om det er et faktum at menn også selvskader (Helsedirektoratet, 2017). Jeg anser det derfor som viktig å poengtere at de funnene som presenteres i oppgaven ikke nødvendigvis er like gjeldende for de mannlige pasientene, da deres behov kan variere fra de kvinnelige pasientenes behov.

## 2.0. Teoretisk grunnlag

### 2.1. Selvskading

Lars Mehlum er professor i psykiatri og har bidratt til flere studier som omhandler selvskading. I et intervju med Sykepleien (Fonn, 2020) sier han at sykepleiere må vite at selvskading ikke er et normalt fenomen, og at det først og fremst er «et uttrykk for manglende evne til å regulere følelser og relasjoner konstruktivt». Selvskading er ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010, s. 388) et vidt begrep som representerer et sammensatt og upresist klinisk fenomen. Videre beskriver de selvskading som en type atferd som kan være et uttrykk for diverse psykiske, sosiale og kulturelle forhold. I første omgang kan man skille mellom «direkte selvskading» og «ikke-direkte selvskading» (Sutton, 2007, referert i Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 388). Når man snakker om ikke-direkte selvskading menes for eksempel røyking, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, risikoatferd og ødeleggende relasjoner, som alle er kroppspraksiser som er destruktive for liv og helse. Direkte selvskading er det som vil bli tematisert i denne oppgaven, og handler om å aktivt påføre skader, smerte og sår på egen kropp. Det kan ligge ulike motiver til grunn for dette, slik som seksuelt motivert selvskading eller sadomasochistiske relasjoner (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 388-391), men fokuset for denne oppgaven vil ta utgangspunkt i selvskading etter Sutton (2007, referert i Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 391) sin definisjon; «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.» Det er denne definisjonen jeg henviser til når jeg benytter begrepet selvskading gjennom denne oppgaven. Allikevel ønsker jeg å forklare og skille et par andre begreper som brukes mye om hverandre, av den enkle årsak at de kan bli brukt i søkeprosessen og litteratur jeg refererer til gjennom oppgaven.

Selvmutilering er et uttrykk som sjeldent brukes i Norge, men som er mye brukt i den engelskspråklige litteraturen. Øverland (2006, s. 23) mener årsaken til at begrepet brukes lite i Norge kan være at begrepet assosieres med svært alvorlige skader, eller at det bare ikke klinger godt på norsk. Å finne en god definisjon på dette begrepet har derfor vist seg å være vanskelig. På bakgrunn av manglende dokumentasjon eller definisjon av begrepet i litteraturen ønsket Hicks og Hinck (2008) gjennom en konseptanalyse å definere og beskrive dette begrepet. Basert på en gjennomgang av helselatert litteratur definerte de selvmutilering som bevisst vevsødeleggelse for å snu overveldende emosjonell smerte til en

mer akseptabel fysisk smerte. «Villet egenskade» er enda et begrep som er mye brukt, og det og begrepene «selvskading» og «selvmordsforsøk» blir stadig brukt om hverandre. Ifølge Gerd-Ragna Bloch Thorsen (2006), psykiater og tidligere leder av Norsk Psykiatrisk Forening, kan begrepene skilles fra hverandre ved at selvskading som oftest ikke innebærer at man ønsker å dø, selvmordsforsøk er et ikke fullbyrdet selvmord og villet egenskade omfatter begge begrepene, i form av at det er skader man påfører seg selv som kan (men ikke trenger) å ha suicidal intensjon.

## 2.2. Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1) sier at pasient og bruker har rett på et tjenestetilbud som er verdig og i samsvar med Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) §4-1, som handler om at de helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Denne paragrafen beskriver blant annet hvordan kommunen skal tilrettelegge tjenestene på en måte som gir den enkelte pasient og bruker et verdig tjenestetilbud.

Men i tillegg til lovverket, har sykepleierne ifølge Olav Molven (2016, s. 69-70) en yrkesetikk som fremheves som en viktig del av det profesjonelle verktøyet. Yrkesetikken består først og fremst av et uskrevet fellesgods av verdier og normer for sykepleierne som skal bidra til å skille mellom god og mindre god handling, men det innebærer også skrevne regler, i form av Norsk Sykepleierforbunds [NSF] yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2016, s. 69-70). De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) sier at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». Videre under punkt 2 sies at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og at sykepleieren skal være bevisst på sin profesjonelle rolle, at sykepleieren respekterer pasientens integritet og ikke utnytter pasienten sin sårbarhet.

## 2.3. Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee (2001, s. 5-6) var en psykiatrisk sykepleier som fokuserte spesielt på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier – med individet i sentrum. Hun definerte sykepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene»

(Travelbee, 2001, s. 29). Hun mente også at å etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold er en av sykepleierens roller, og at et slikt forhold etableres gjennom en interaksjonsprosess med flere faser: det innledende møtet, fremveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 186-218).

I det innledende møtet hvor sykepleieren og pasienten enda ikke kjenner hverandre vil de ifølge Travelbee (2001, s. 186-187) basere seg på generaliserte og stereotypiske oppfatninger i møte med hverandre. Som sykepleier vil utfordringen da bli å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten, og heller se pasienten slik han eller hun er som person. Ettersom interaksjonen utvikler seg, vil begge parters identiteter komme frem og oppfattes av den andre, og et kontaktforhold vil etablere seg. Det er på dette punktet sykepleieren begynner å skille den enkelte pasient fra andre pasienter og gradvis begynner å forstå hvordan den enkelte pasient opplever sin situasjon, og pasienten begynner å oppfatte sykepleieren som en egen person, ulike andre sykepleiere. Når det gjelder empati, sier Travelbee (2001, s. 193-195) at man i situasjoner hvor man har empati med et annet menneske opplever nærhet og kontakt. For sykepleiere gir empatisk forståelse viktig informasjon vedrørende å forstå pasientens indre opplevelse og ytre atferd, og når empatien har oppstått vil det være knyttet et bånd av kontakt som gjør at sykepleieren vil være spesielt forpliktet. Nærhetsopplevelsen vil også gjøre pasienten ekstra sårbar og utsatt enn han var før, spesielt om pasienten føler på å ha utlevert seg til sykepleieren. Travelbee (2001, s. 195-196) påpeker dog at det ikke er realistisk å forvente at en sykepleier skal være i stand til å ha empati med alle mennesker, da man ikke kan forstå noe man på en eller annen måte kan knytte til egne erfaringer. Hun mener også at empati forutsetter et ønske om å forstå den andres opplevelse. Sympati ser hun (Travelbee, 2001, s. 200-202) på som et resultat av det som skjer i den empatiske prosessen, og er knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten som oppstår på grunnlag av innsikten i og forståelsen for pasienten som er blitt utviklet i empatifasen. Ved å vise sympati formidler man en forståelse for og opplevelse av at man deler pasientens fortvilelse, som igjen bidrar til at pasienten ikke føler seg alene om å bære byrden. I en del situasjoner kan opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte bedre pasientens evne til å mestre sin situasjon, og i enkelte situasjoner kan det til og bety forskjellen på vilje til å leve og vilje til å dø. Den siste fasen, etablering av nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier, forklarer Travelbee (2001, s. 211-218) som et resultat av alt som har skjedd i interaksjonen i de forrige fasene, og som det overordnede målet for all sykepleie. Denne nære og gjensidige forståelsen utvikler seg ettersom sykepleieren gjennom handling har vist forståelse for og et ønske om å hjelpe

pasienten til å ha det bedre – og faktisk være til hjelp. Pasienten kan utvikle sterk tillit til sykepleieren om han eller hun gjennom sine handlinger viser seg som noen pasienten kan stole på.

#### 2.4. Sykepleie og relasjoner

Sammen med handlingskompetanse utgjør relasjonskompetanse det vi kaller yrkeskompetanse. Røkenes og Hanssen (2012, s. 9-10) beskriver relasjonskompetanse som å forstå og å samhandle med mennesker vi møter i yrkessammenheng på en hensiktsmessig og god måte. En fagperson med god relasjonskompetanse kommuniserer slik at det gir mening og ivaretar den overordnede hensikten med samhandlingen, samtidig som det ikke krenker den andre parten. De presenterer videre tre punkter som spesielt viktig for relasjonskompetanse: å etablere en relasjon, å vedlikeholde relasjonen og å avslutte relasjonen. De nevner også situasjonsforståelse, kulturell sensitivitet, selvinnsikt og empatisk holdning som viktige sider ved relasjonskompetanse. For å være i stand til å gå inn i en relasjon, tilrettelegge for god kommunikasjon og forholde seg slik at det som skjer er til det beste for pasienten, må vi møte pasienten som et selvstendig, handlende individ, og vise respekt for pasientens integritet og selvbestemmelsesrett.

Hummelvoll (2012, s. 38-43) beskriver samarbeid og fellesskap mellom sykepleier og pasient som en forutsetning for at sykepleieprosessen skal unngå å bli en kjølig, intellektuell virksomhet. Gjennom et slikt fellesskap vil man forsøke å kartlegge pasientens problemer og funksjonsvansker, lete etter gode måter å løse de på og så til slutt sammen vurdere om den nye måten å forholde seg til problemene på, medfører gunstige resultater. Han mener at dette fellesskapet spiller en spesielt avgjørende rolle i bedringsprosessen for psykiatriske pasienter, da en slik allianse kan hjelpe med å bøte på følelser som ensomhet, hjelpeløshet og isolasjon. Videre beskriver Hummelvoll (2012, s. 38-43) utviklingen av alliansen med fem ulike faser: forberedelsesfasen, orienteringsfasen, bearbeidingsfasen og avslutningsfasen, og mener at fellesskapet mellom sykepleier og pasient hviler på ni sentrale hjørnesteiner:

1. Likeverdighet
2. Møte/nærværenhet
3. Selvaktelse/signifikans
4. Ansvar og valg
5. Mål, mening og verdiavklaring

6. Skyld og soning
7. Åpenhet og innsikt
8. Konformitet versus opprør
9. Håp

## 3.0. Metode

### 3.1. Litteraturstudie som metode

Dalland (2012, s. 111-112) beskriver metode som «redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke». Metoden hjelper oss med å samle inn informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke. For å besvare problemstillingen vil jeg benytte litteraturstudie som metode, en metode hvor man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det innebærer at man kritisk må gjennom den, for så å lage en sammenfatning av alt (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). I en litteraturstudie skal man ha en systematisk tilnærming i alle prosessens trinn, hvor hensikten er at man skal gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen på området problemstillingen etterspør, og man skal vise hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

Vi kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter – tall, mens kvalitative metoder forsøker å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. For å svare på min problemstilling vil kvalitative studier være mest relevant og dermed utgjøre hovedtyngden i drøftingen, men jeg vil allikevel bruke også minst én kvantitativ studie.

### 3.2. Litteratursøk

For å komme frem til gode og aktuelle søkeord har jeg valgt å bruke PICO-verktøyet. PICO er et verktøy som kan hjelpe å gjøre problemstillingen tydelig og presis, samt strukturere og klargjøre spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteratur (Helsebiblioteket, 2016). Bokstavene i PICO står for:

- P: Population/patient/problem
- I: Intervention
- C: Comparison
- O: Outcome

Jeg har valgt å ikke bruke C- og O-komponentene, da problemstillingen min verken har noen sammenligning (comparison) og tydelig utfall (outcome). I tabell 1 vises det hvilke ord jeg har kommet frem til ved å bruke P- og I-komponentene, for så å oversette de til MESH-ord

ved hjelp av termbasen til Helsebiblioteket (Aasen, 2020), som jeg har brukt for å søke i databasene.

3.2.1. Tabell 1: PI-skjema

	<b>Population/patient/problem</b>	<b>Intervention</b>
<b>Norske ord</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selvskading</li> <li>- Alvorlig selvskading</li> <li>- Pasienter som selvskader</li> <li>- Villet egenskade</li> <li>- Selvmutilering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mellommenneskelig relasjon mellom pasient og sykepleier</li> <li>- Menneske-til-menneske-forhold</li> <li>- Pasient-sykepleier-relasjon</li> <li>- Helsepersonell-pasient-relasjoner</li> </ul>
<b>Emneord/MESH-ord</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Self-harm</li> <li>- Self-injurious behavior</li> <li>- Non-suicidal self injury</li> <li>- Self-destructive behavior</li> <li>- Deliberate self-harm</li> <li>- Self mutilation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpersonal relation</li> <li>- Sosial Interaction</li> <li>- Nurse-patient relation</li> <li>- Nurse-patient relationship</li> <li>- Professional-client relations</li> <li>- Human-to-human relation</li> </ul>

Tre av artiklene fant jeg ved hovedsakelig ved å bruke noen av MESH-ordene beskrevet ovenfor, men i PubMed fikk jeg mange flere resultater enn i CINAHL og derfor valgte jeg å søke med både «inpatient» (innlagt pasient) og «outpatient» (poliklinisk pasient) i tillegg, for å avgrense søket. Den norske artikkelen kom jeg mer tilfeldig over, da jeg ønsket å se hva tidsskriftet «Sykepleien» hadde av publikasjoner om mitt tema. Siden denne nettsiden ikke



har mulighet for å gjøre et systematisk søk og databasen deres er liten, søkte jeg bare på «selvskading» og avgrenset søket til «forskning». Da fikk jeg opp 5 resultater, hvorav ett av dem omhandlet at kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern. Artikkelen i seg selv svarer ikke på min problemstilling, men mange funnene er derimot interessante for mitt spørsmål. Den fjerde artikkelen fant jeg ved at min veileder tipset meg om den, og jeg så fort at funnene var svært interessante for å besvare problemstillingen min.

Ved gjennomgang av søkeresultatene har noen artikler blitt utelukket allerede på bakgrunn av overskrift, mens andre ble utelukket etter å ha gått gjennom sammendragene. Andre artikler leste jeg i fulltekst, men passet av andre årsaker ikke til min problemstilling. I hovedsak har jeg ikke tatt stilling til studier som er eldre enn 10 år, og har generelt forsøkt å finne studier som er gjort i så ny tid som mulig. Se tabell 2 for mer detaljert beskrivelse av søkeprosessen.

3.2.2. Tabell 2: Søkeprosess

Database	Dato for søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste artikler
CINAHL	26.03.2020	Self-injurious behavior (#1)		26079	
CINAHL	26.03.2020	Self-harm (#2)		28624	
CINAHL	26.03.2020	Nurse-patient relationship (#3)		61454	
CINAHL	26.03.2020	Non-suicidal self-injury (#4)		10863	
CINAHL	26.03.2020	View of nurses (#5)		18510	
CINAHL	29.03.2020	Nurse attitudes (#6)		57419	
CINAHL	29.03.2020	Meta-analysis OR systematic review (#7)		732236	
CINAHL	26.03.2020	#2 AND #3 AND #5		7	5
CINAHL	26.03.2020	#4 AND #3	År 2010-2020	28	8

CINAHL	26.03.2020	#1 AND #3	År 2010-2020	44	23
CINAHL	26.03.2020	#2 AND #6 AND #7		3	2
PubMed	28.02.2020	Self-harm (#1)		76681	
PubMed	28.02.2020	Inpatient (#2)		115397	
PubMed	28.02.2020	Outpatient (#3)		185669	
PubMed	28.02.2020	Nurse-patient relationship (#4)		38358	
PubMed	28.02.2020	#1 AND #4	År 2010-2020	138	20
PubMed	28.02.2020	#1 AND #2 AND #4		47	12
PubMed	28.02.2020	#1 AND #3 AND #4		10	3
Sykepleien	01.03.2020	Selvskading	Forskning	5	2

### 3.3. Metodekritikk

Ifølge Dalland (2012, s. 115-119) er det visse grunnleggende normer for hvordan man bør gå frem ved bruk av forskningsmetoder:

- Resultatene skal være i overensstemmelse med virkeligheten
- Data skal være systematisk utvalgt
- Data skal brukes nøyaktig
- Forskerens førforståelse skal klargjøres
- Resultatene skal være kontrollerbare
- Forskningsvirksomheten bør være kumulativ, hvilket vil si at den bygger på eksisterende forskning.

Videre sier Dalland (2012, s. 120) at dataene må være relevante for problemstillingen når man søker i litteraturen, og at dataene må være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige.

Dalland (2012, s. 121) sier også at hvilke briller man ser problemet med, er viktig for leseren å vite. Man må, som ansvarlig deltaker i feltet man skal undersøke, innrette seg etter den posisjonen man har, og utnytte den.

### 3.4. Kildekritikk

#### 3.4.1. Kritisk vurdering av forskningsartiklene

Kildekritikk handler om evnen til å vise leseren at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet man velger å bruke i oppgaven, og hvilke kriterier man har brukt under utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2012, s. 72-73).

Et nyttig verktøy for å kritisk vurdere forskningslitteratur er sjekklister (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Jeg har brukt Kunnskapsbasert praksis (2016) sine sjekklister for å vurdere studiene jeg har gjennomgått. Sjekklister varierer etter hva slags type studie det er, men de har noen fellestrekk. Innledningsvis i den kritiske vurderingen, bør man uansett stille to overordnede spørsmål: om artikkelen har en klart formulert problemstilling og om designet er velegnet for å besvare problemstillingen. Svarer man nei på et av disse spørsmålene bør man allerede vurdere å ikke se videre på artikkelen. Svarer man ja, bør man videre stille spørsmål ved resultatenes troverdighet, hva resultatene er og om resultatene kan brukes i ens praksis. Jeg har brukt to ulike sjekklister: «Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie», for vurdering av de tre kvalitative studiene, og «Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel», for vurdering av litteraturgjennomgangen jeg har med. Alle artiklene har «gått gjennom» sjekklister. Begge sjekklister er lagt ved oppgaven som vedlegg.

#### 3.4.2. Svakheter ved forskningsartiklene

I fire av de fem artiklene jeg har valgt, er det brukt intervju som metode for datainnsamling. En svakhet ved intervju er ifølge Dalland (2012, s. 60) at det kan ligge en feilkilde i selve kommunikasjonsprosessen, slik som at spørsmålet kan misforstås, at intervjuer ikke oppfatter svaret riktig, at svarene ikke noteres ned riktig eller at man ikke får med seg alt. I tillegg er alle artiklene, med unntak av én, skrevet på engelsk, og dermed må de oversettes til norsk ved arbeidet med denne oppgaven. Det er ikke usannsynlig at det også ved oversettelse kan forekomme misforståelser eller feiltolkninger av større eller mindre betydning.

I studien til Long og Jenkins (2010) er deltakerne terapeuter, ikke sykepleiere. Dette anser jeg som en svakhet, da det er to ulike yrker. På samme tid har jeg valgt å ta med denne studien, da jeg anser funnene som svært relevante for min oppgave, og mener at det meste, om ikke alt, kan integreres inn i sykepleiepraksis.

## 4.0. Resultat/funn

**Tittel:** «Counsellors' perspectives on self-harm and the role of the therapeutic relationship for working with clients who self-harm» (Long & Jenkins, 2010).

**Metode:** Kvalitativt utforskende design

**Hensikt:** Få innsikt i terapeuters opplevelser av og tanker rundt selvskading, samt å utvikle en forståelse for den relasjonelle dybden i arbeid med pasienter som selvskader

**Utvalg:** Rådgivere i Nord-Irland, alle med erfaring med å arbeide med mennesker som selvskader.

**Resultat:** Forfatterne så fem konsepter som viktige for at pasienten skulle oppleve et godt terapeutisk forhold: tid, konfidensialitet, aksept, likestilling og sensitivitet. Terapeutene snakket også om verdien av et langsiktig, trygt, ikke-dømmende, likeverdig og sensitivt «terapeutisk rom», hvor pasientene fritt kunne få uttrykke sine følelser og opplevelser.

**Konklusjon:** Alle rådgivere som møter selvskading, både i det profesjonelle og personlige liv, spiller en sentral rolle i forbedring av livene til disse menneskene.

**Tittel:** «Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm» (Toftthagen, Talseth & Fagerström, 2014).

**Metode:** Kvalitativt utforskende og beskrivende design

**Hensikt:** Å utforske psykiatriske sykepleieres opplevelser av å ta vare på innlagte pasienter i en akutt fase, som selvskader.

**Utvalg:** 12 psykiatriske sykepleiere, samt 3 sykepleiere med omfattende arbeidserfaring, alle ansatt ved ulike akuttpsykiatriske enheter i Norge.

**Resultat:** Forfatterne så at sykepleierne hadde en omsorgsfull holdning ovenfor pasientene, at de hadde håp om bedring, at de var i reflekterende dialog for å fremme pasientens verbale uttrykk og at de ble emosjonelt påvirket av selvskadende pasienter. De trekker frem at en ikke-dømmende holdning fra sykepleierne var sentral for å skape en dialog med pasientene hvor de følte seg akseptert, og at ved å balansere en profesjonell rolle og nærhet og distanse i sykepleier-pasient-forholdene kunne sykepleierne fremme deltakelse og empowerment.

**Konklusjon:** Hver enkelt pasients unike velvære kan fremmes gjennom å skape et samarbeidende sykepleier-pasient-forhold, og personsentrerte sykepleietiltak.

**Tittel:** «Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykiatrisk helsevern» (Hammer, Wilhelmsen, Strand & Vråle, 2013).

**Metode:** Kvalitativ metode med fenomenologisk-hermeneutisk design.

**Hensikt:** Å utforske hvordan kvinner med selvskadingserfaring opplever at bedring kan fremmes under døgninnleggelse i akuttpsykiatrisk helsevern.

**Utvalg:** Fem kvinner i alderen 23-38 år med selvskadingserfaring, opptil 25 år tilbake i tid og med 20-200 innleggelser ved akuttposter i seks ulike fylker i Norge.

**Resultat:** Forfatterne så at pasientene i samvær med helsepersonell følte seg verdsatt og at de ga en opplevelse av at noen ønsket å tilbringe tid sammen med dem. Pasientene beskrev også at det var viktig for dem å ikke føle seg alene, men at samvær var mer enn fysisk tilstedeværelse. Å «holde ut» sammen, å være et korrektiv og en utfordrer, samtidig som en formidlet interesse, tid og kjennskap til pasienten, var roller pasientene vektla som viktige for helsepersonellet. Forfatterne så også at pasientene uttrykte det som betydningsfullt å bli ansett som likeverdig og anerkjent av helsepersonell; de følte seg sett som mennesker når helsepersonell viste dem tillit ved å for eksempel delta i praktiske gjøremål. Følelsen av likeverd ble også styrket når helsepersonell delte interesser og erfaringer fra eget liv med pasientene.

**Konklusjon:** Helsepersonell som er tilgjengelig og anerkjenner pasientens autonomi og medbestemmelse som grunnlag for samhandling, var avgjørende for at innleggelser fremmer bedring. I tillegg konkluderte de med at helsepersonell bør tåle utryggheten ved å gi pasienten kontroll.

**Tittel:** «Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study» (Holm, A. L. & Severinsson, E., 2010).

**Metode:** Hermeneutisk fortolkning

**Hensikt:** Å utforske og tolke kvinners ønske om å overleve emosjonell smerte relatert til selvskading.

**Utvalg:** 13 kvinner mellom 25-53 år, alle har opplevd emosjonelt misbruk og alle rapporterte om at de kuttet og/eller brant seg selv, og/eller tok overdose på narkotika og/eller alkohol. Fem av dem hadde sluttet med disse handlingene.

**Resultat:** Forfatterne så at kvinnene mente at oppfatningen av omsorg, tillit, respekt, støtte og forståelse var essensielt for deres kamp om å overleve emosjonell smerte relatert til selvskading, og at kvinnene mente deres emosjonelle smerte økte når de var alene og forlatt, hvilket da ofte førte til at de valgte å selvskade. De så også at kvinnene slet med å gi fra seg ansvar, og satte det i sammenheng med kaotiske tanker relatert til barndomstraumer, og at

kvinnenes ønske om å selvskade kom til uttrykk som en følelse av uverdighet og selvfordømmelse.

**Konklusjon:** Studien indikerer at selvoppofrelse ser ut til å innebære en lengsel etter gjenforenes med seg selv og andre. For å bevare egne selvbilder er kvinnene avhengig av mot til å overkomme en smertefull tilstand av uverdighet. Som en metode for å opprettholde emosjonell lettelse og flykte fra uønskede følelser, tanker og/eller urovekkende situasjoner, bruker de selvskading.

**Tittel:** «Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis» (Rayner, Blackburn, Edward, Stephenson & Ousey, 2019).

**Metode:** Litteraturgjennomgang med metaanalyse.

**Hensikt:** Å forstå i hvilken grad ulike holdningsoppfatninger eksisterer blant sykepleiere ved akuttmottak ovenfor pasienter som selvskader. Metaanalysen ble basert på følgende forskningsspørsmål: «Hvilke holdninger har sykepleierne i akuttmottaket ovenfor mennesker som selvskader?»

**Utvalg:** Alle studier som rapporterer om sykepleiere ved akuttmottak sine holdninger/oppfatninger av pasienter som selvskader.

**Resultat:** Studien viste at det var blandede holdninger ovenfor mennesker som selvskader. Selv om resultatene ikke viste ekstremt negative holdninger til pasienter som selvskader, viste resultatene at det var både negative holdninger og antipati presentert fra personalet fra akuttmottaket.

**Konklusjon:** Til tross for noen avgrensninger viste metaanalysen vedvarende høye nivåer av negative holdninger blant personalet ovenfor mennesker som selvskader.

#### 4.1. Oppsummering av funn

Studien til Rayner et al. (2019) viste at negative holdninger og antipati eksisterer blant helsepersonell, på samme tid som at en ikke-dømmende holdning hos sykepleieren spiller en sentral rolle for utviklingen av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, er et funn som går igjen i nesten samtlige av de andre artiklene. Dette funnet trekkes blant annet frem som viktig for utviklingen av en god dialog (Long & Jenkins, 2010), og for at pasientene skal føle seg akseptert, forstått og verdsatt (Tofthagen et al., 2014).

Å tilbringe tid sammen trekkes frem av både Hammer et al. (2013) og Holm og Severinsson (2010). Hammer et al. (2013) så at pasientene opplevde at samvær ga dem en følelse av å bli verdsatt og at noen ønsket å tilbringe tid sammen med dem. Holm og Severinsson (2010) trekker det frem i form av å ikke forlate pasienten, da selvsikring ofte skjedde i sammenheng med å være alene og forlatt.

Nesten samtlige av studiene trekker frem følelsen av å bli verdsatt eller være verdifull og likeverdig, som er mitt siste hovedfunn. For eksempel så Holm og Severinsson (2010) at deltakernes ønske om å selvsikre til uttrykk som en følelse av blant annet uverdighet og Long og Jenkins (2010) så at likeverd, blant annet, var viktig for å skape et «terapeutisk rom» hvor pasienten kunne uttrykke sine følelser og opplevelser fritt. Deltakerne i studien til Hammer et al. (2013) vektla blant annet likeverd som sentralt for deres bedringsprosesser ved innleggelse.

## 5.0. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte hovedfunnene i de fem artiklene opp mot relevant litteratur, for å finne svar på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere skape en god relasjon til pasienter som selvskader?». Hovedfunnene som legger grunnlaget for drøftingen, er:

- En ikke-dømmende holdning
- Å tilbringe tid sammen
- Å vise gjennom ord og handling at pasienten er verdifull

### 5.1. En ikke-dømmende holdning

Rayner et al. (2019) så i sin studie at det fantes både dårlige holdninger og antipati ovenfor pasienter som selvskader blant sykepleierne på akuttmottaket. De så også at kvinnelige sykepleiere rapporterte om noe høyere motvilje mot pasientene enn mannlige sykepleiere gjorde, samt at de mindre erfarne sykepleierne meldte om mindre motvilje enn de mer erfarne. Ifølge Travelbee (2001, s. 186) vil den syke i det innledende møtet vanligvis anse sykepleieren som «en sykepleier», og sykepleieren anse den syke som «en pasient». Altså de to partene ser i liten eller ingen grad på hverandre som unike individer, og vil «stereotypisere» hverandre. Først når de får innsikt i hverandre og lærer hverandre å kjenne vil disse stereotypene endres og fjernes. Travelbee (2001, s. 198) beskriver også en «ikke-dømmende holdning» som en forutsetning for empati, som igjen er en forutsetning for et menneske-til-menneske-forhold. Hun sier at sykepleieren alltid gjør seg opp meninger om den syke, men det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan han eller hun bedømmer den syke. I noen tilfeller er det umulig å endre holdningene man har lagt seg opp rundt den syke, på grunn av ubevisste faktorer som styrer sykepleierens atferd. Men dette betyr imidlertid ikke at sykepleieren ikke kan anstrenge seg for at disse negative holdningene skal ha minst mulig innvirkning på omsorgen som gis. Gjennom sykepleiestudiet har jeg lært mye om etisk tenkning og refleksjon, og at vi på mange måter kan forholde oss til sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer som vårt «lovverk». Disse retningslinjene bygger blant annet på at vi skal ha respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (NSF, 2019). Blir ikke det å ha en dømmende holdning ovenfor en pasient det motsatte av å respektere hans eller hennes verdighet?

Det er naturlig å tenke at man i mindre grad vil se negative holdninger som vi ser i Rayner et al. (2019) sin studie, på en psykiatrisk avdeling, bolig, eller lignende, men dette har jeg ikke



funnet forskning som sier noe om. På samme tid har jeg selv opplevd antipati og negative holdninger ovenfor selvskadende pasienter ved en psykiatrisk enhet, både fra sykepleiere, vernepleiere og andre med utdanning innen psykiatri. Det var tydelig at disse holdningene hadde innvirkning på hva slags relasjon personalet og pasientene kunne opparbeide, selv om personalet ikke nødvendigvis viste tydelig motvilje ovenfor pasientene selv. Jeg la på samme tid merke til at de ansatte som tilsynelatende hadde de beste relasjonene til disse pasientene, også var de som viste mest forståelse og sympati for pasienten, både ovenfor pasienten selv og blant kollegaer på vaktrommet.

Toftthagen et al. (2014) så, i motsetning til Rayner et al. (2019) og mine egne erfaringer, at de psykiatriske sykepleierne var opptatt av å ikke fremstå dømmende eller å legge skyld på pasientene i sykepleier-pasient-forholdet. Sykepleierne opplevde nemlig at pasientene ofte følte på skam i forbindelse med selvskadningen, og de forsøkte derfor å unngå lav selvtillit hos pasientene ved å heller fokusere på å fremme tillit og dialog. Pasientene i studien til Hammer et al. (2013) anså anerkjennelse og likeverd som sentralt for sin opplevelse av egen bedringsprosess ved innleggelse. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012, s. 14) henger hvilke holdninger vi har ovenfor handlinger nært sammen med hvilken forståelse vi har for handlingene. Røkenes og Hanssen sier videre at det å forstå handler om innlevelse i andres verden, men også å avdekke hvilke hensikter eller motiver man handler ut ifra. Selv om selvskadning for mange kan oppleves som en meningsløs atferd, kan den gi mening om man prøver å forstå sammenhengen atferden skjer i.

Jeg har selv opplevd en hendelse som handler om nettopp dette, da jeg hadde min psykiatripraksis. En sykepleier jeg fulgte på vakt fikk telefon om at en pasient som fikk stell av sår etter selvskadning trengte smertestillende og jeg merket at hun virket både kald og ufølsom ovenfor pasienten da hun leverte ut medisinene. Etter å ha vært inne hos pasienten bekreftet hun min oppfattelse av hennes holdninger ved at hun fortalte meg at hun mente at pasienten ikke fortjente å få smertestillende under sårstell, fordi pasientens behov for sårstell tross alt var selvforskyldt. Videre kom det også frem at hun generelt syntes at å hjelpe pasienten med alt fra sårstell til praktiske gjøremål var unødvendig bruk av tid og ressurser, fordi pasienten hadde vært i stand til alle disse tingene selv, hadde det ikke vært for at hun «valgte» å skade seg selv. Jeg tror dette handler om mangel på forståelse for pasientens atferd, slik som Røkenes og Hanssen (2012, s. 14) beskriver. Ifølge Hummelvoll (2012, s. 208) er det viktig at vi allikevel viser forståelse og aksept for pasientens følelser selv om vi ikke støtter pasientens konklusjoner. I følge Travelbee (2001, s. 193) er empati en av fasene i utvikling av

et menneske-til-menneske-forhold, og handler om være i stand til å se forbi ytre atferd og forstå den andres indre opplevelse på tidspunktet hvor handlingen skjer. Hvis sykepleieren ikke er i stand til å oppnå empati for pasienten, vil utviklingen av forholdet stoppe og man vil ikke komme videre til fasen hvor sympati og medfølelse skal utvikles. Per Nortvedt (2016, s. 113) på sin side beskriver at empati handler om å ha respekt for pasientens fortelling om sykdom og konsekvensene av den og at man samtidig ønsker å hjelpe pasienten. Med utgangspunkt i egne erfaringer og teorien som bygger opp under, ser man altså at sykepleieren trenger å forstå, eller i det minste akseptere og/eller respektere, pasientens selvskading for å kunne utvikle en god relasjon med ham eller henne.

## 5.2. Å tilbringe tid sammen

I Hammer et al. (2013) sin studie kom det frem at det var viktig for deltakerne å ikke føle seg alene, og at menneskelig kontakt for mange var grunnen til at de var innlagt. De beskrev at samvær ga dem en opplevelse av å bli verdsatt og at noen ønsket å tilbringe tid sammen med dem, og at samvær blant annet handlet om at helsepersonell formidlet tid, interesse og kjennskap til dem. Hummelvoll (2012, s. 207) sier om sykepleie til mennesker med depresjon eller som er i sorg at «det er viktig å dele tid med pasienten – selv om vedkommende sier lite», og at tilnærmingen bør være preget av en rolig, varm og aksepterende holdning. Det er naturlig å tenke at dette også kan være svært relevant i arbeid med mennesker som selvskader; først og fremst fordi det nok hos flere ligger depresjon til grunn for selvskadingen, men også fordi selvskading, ut ifra Sutton (2007, referert i Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 391), er motivert av å mestre og regulere psykologisk smerte. Videre sier Hummelvoll (2012, s. 208) at den som er dypt deprimert trenger en hjelper som er tålmodig, som velger å dele av sin tid med han eller hun og tåler at det er taushet i samværet, hvilket på mange måter kan sammenlignes med hva deltakerne i Hammer et al. (2013) sin studie beskrev, som nevnt innledningsvis i avsnittet.

I studien til Holm og Severinsson (2010) kom det frem at selvskading ofte skjedde når kvinnene var alene og forlatt fordi deres emosjonelle smerte da økte. En av kvinnene sa følgende: «When she left the room, I thought she would never return again and I trembled with the fear, wondering where she was going, feeling abandoned and alone». Alle kvinnene i studien har, som tidligere nevnt, vært utsatt for en eller annen form for emosjonelt misbruk, og noen av dem rapporterte også om å ha blitt forlatt i ung alder. Det er sannsynlig å tenke at dette kan ses i sammenheng med frykten for å være alene, og at de basert på opplevelsene har

et større behov enn andre for at noen viser at de ønsker å tilbringe tid med dem, og ikke vil forlate dem. Men så er det dette med tid, eller rettere sagt: mangel på tid. Mangel på tid er et velkjent faktum for sykepleiere, og noe jeg i alle mine praksiser har fått erfare. Er det mulig å gi pasientene tryggheten av at vi er der sammen med dem, uten at vi faktisk er fysisk til stede? Kristin Ribe slet i mange år med selvskading (Ribe og Mehlum, 2015, s. 93-94) og sier at hun ofte hadde behov for at noen var der sammen med henne hele tiden når hun var innlagt på akuttavdeling, noen som ga kontinuerlig trøst. Men siden det ofte var travelt på avdelingen kunne ikke personalet være sammen med henne hele tiden, men hun sa de kunne gi henne avtaler i form av at de for eksempel skulle komme etter at de hadde tatt en innkomst. Og da måtte Ribe vente, holde ut det vonde til personalet kom tilbake og kunne gi henne omsorgen hun trengte. Og selv om de vonde tankene av og til ble for vonde, ble allikevel personalet på akuttavdelingen ofte en motvekt mot de vonde tankene. Basert på det Ribe sier, kan altså tryggheten i å vite at sykepleieren kommer tilbake til pasienten, være nok til å ikke føle seg *helt* forlatt og alene. Å som sykepleier vise seg som en person som ønsker å være sammen med pasienten, og som ikke forlater en «for godt», kan med andre ord være viktig for relasjonen mellom sykepleieren og pasienten som selvskader.

I studien til Long og Jenkins (2010) sa en av terapeutene at det kunne være vanskelig for pasientene å inngå den innledende forbindelsen og at det var viktig at terapeuten viste pasienten at det finnes øyeblikkelig støtte og at den kommer til å fortsette. Igjen ser vi at det er et behov for trygghet om at støtten ikke skal forsvinne. Mennesker er ifølge Hummelvoll (2012, s. 47 og 213) avhengige av kontakt og fellesskap for å kjenne trygghet i livet, men den relasjonelle nærhet til sine nærmeste mangler hos en del pasienter i psykiatrien. På samme tid viser studiene at mange er redd for å bli forlatt og dermed velger å distansere seg fra de som egentlig bare ønsker å hjelpe. Selv er dette noe jeg også har sett flere ganger i praksis, både hos pasienter som selvskader og hos pasienter med andre psykiske utfordringer, at de er redd for å slippe nye sykepleiere innpå seg og knytte seg til dem fordi de er redd de skal forsvinne, og ikke være der for dem når de trenger dem, hvilket ofte sees i sammenheng med at de tidligere har opplevd å miste noen eller bli forlatt.

### 5.3. Å vise gjennom ord og handling at pasienten er verdifull

Holm og Severinsson (2010) så, som tidligere nevnt, at ønsket om å selvskade kunne komme fra en følelse av uverdighet og selvførdømmelse hvilket kunne ha sammenheng med kaotiske

tanker relatert til barndomstraumer. En ting er at det er helt etisk grunnleggende at sykepleieren skal respektere det enkelte menneskes liv og egenverdi (Slettebø, 2013, s. 19), men en annen ting er å være i stand til å vise gjennom ord, holdning og handling at pasienten er verdifull. Hummelvoll (2012, s. 219) beskriver at å vise med holdning og handling at pasienten er verdifull er en hovedoppgave for sykepleiere som jobber med mennesker som føler seg verdiløse, og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1) sier at pasienten har rett på et verdig tjenestetilbud. Men hvordan kan vi som sykepleiere skape en relasjon med disse pasientene hvor de føler at de har verdi og er en likeverdige? For Kristin Ribe (Moe & Ribe, 2007, s. 139) kunne det å bli gitt verdi være så enkelt som å vise henne at hun var velkommen eller hadde vært i personens tanker, for eksempel ved å si «Du kan komme hit» eller «Jeg husker deg». Hummelvoll (2012, s. 219) på sin side beskriver at dette konkret gjøres ved å gi omsorg og oppmerksomhet, ofte nonverbalt ved at man er hos pasienten, tåler taushet og følelsesmessige reaksjoner, og hjelper med oppgaver som pasienten for en periode ikke er i stand til å klare selv, slik som beskrevet i kapittelet «å tilbringe tid sammen».

I studien til Hammer et al. (2013) nevnes det at deltakernes følelse av likeverd ble styrket når helsepersonell delte interesser og erfaringer fra sitt eget liv med dem. De så også at deltakerne følte seg verdsatt som mennesker når helsepersonell viste dem tillit ved å for eksempel delta i praktiske gjøremål. En av deltakerne beskrev at man ikke trengte å dele alt mulig, men å vise seg som et vanlig menneske ved å være både sårbar og sterk fordi «det er jo sånn vi er». Hummelvoll (2012, s. 39-40) beskriver likeverdighet som en av hjørnesteinene sykepleier-pasient-fellesskapet hviler på, og mener det er «selve ledetråden» i dette fellesskapet. Hummelvoll forklarer videre at likeverdighet fører til at sykepleieren kan åpne seg for den situasjonsopplevelsen og forestillingsverden som pasienten har, hvilket fører til at sykepleieren tegner et bilde av seg selv og dermed viser seg som person. Å føle seg likeverdige henger på mange måter nært sammen med å føle seg verdifull. Ved å vise pasienten respekt ved å lytte til det han eller hun sier og ta det på alvor, og ved å snakke *med* pasienten og ikke *til* pasienten blir det en samtale mellom to likeverdige personer (Slettebø, 2013, s. 19-21), hvilket også i studien til Hammer et al. (2013) ble trukket frem som verdifullt for pasientene.

Likeverd og følelsen av å være verdifull trekkes som sagt frem i flere studier som viktig for å skape en god relasjon til mennesker som selvskader, men man ser også at det er viktig med en viss følelsesmessig distanse. I Tofthagen et al. (2014) sin studie kom det frem at sykepleierne opplevde å være i relasjon med pasienter som selvskader som ubehagelig, provoserende

og/eller utfordrende til tider. Deltakerne beskrev at pasientenes tilbakefall kunne oppleves som et nederlag, pasientens følelser kunne bli overført til sykepleierne selv og sykepleierens negative følelser kunne trigge selvskading hos pasienter. Dette førte til at sykepleierne forsøkte å skape en grense mellom seg selv og pasientene fremfor å involvere dem i et nært forhold, slik at de var i stand til å distansere seg fra pasientene og fremme et profesjonelt forhold. Dette forteller at man som sykepleier trenger å lære seg å balansere et nært forhold til pasienten, samtidig som man distanserer seg nok til at pasientens negative følelser ikke overføres til seg selv. Røkenes og Hanssen (2012, s. 31) sier at å være seg selv i yrkesrollen – å være ekte og umiddelbar – er en del av å ha relasjonskompetanse, men at man samtidig må ha et bevisst forhold til hvilken innvirkning ens egne særtrekk har på samhandlingen. Men hva er det vi skal være bevisste på, og hvor går grensen for hvor mye som er «greit» å gi av seg selv? I følge Travelbee (2001, s. 206) er den beste måten å beskytte seg mot umodne former for følelsesmessige involveringer å vite hva en tenker og føler ovenfor den syke, samtidig som man forstår målene som skal nås i sykepleiesituasjonen. Travelbee (2001, s. 205) sier også at sykepleieren må forsøke å føle og oppleve sammen med den syke, men at han eller hun også må være bevisst på sine følelser og opplevelser, slik at man ikke blindes av sine følelser i en slik grad man ikke ser hva som skjer i forholdet mellom seg selv og den syke. Med unntak av Travelbee, sier teorien jeg har valgt meg lite om denne problemstillingen. Per Nortvedt (2016, s. 113) derimot sier mye om «å bruke seg selv for å hjelpe andre» og mener blant annet det alltid er en naturlig distanse i vår forståelse av andre mennesker – vi føler ikke det samme, men vi opplever å bli berørt av det.

Med andre ord, en personlig eller følelsesmessig involvering fra sykepleieren i relasjonen til pasienten som selvskader kan bidra til at pasienten føler seg verdifull og likeverdig. Samtidig må sykepleieren være bevisst sine følelser, og ikke la følelser som skuffelse og provokasjon komme til syne for pasienten, da dette igjen kan trigge pasienten til å selvskade, samt at det kan ha en negativ påvirkning på relasjonen.

## 6.0. Avslutning

En viktig faktor for utvikling av en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten som selvsikader er at sykepleieren gir pasienten en opplevelse av å være verdsett, for eksempel ved å tilbringe tid sammen med pasienten og behandle pasienten som en likeverdig. Sykepleieren trenger gjennom handling og en ikke-dømmende holdning i relasjonen med pasienten å vise at pasienten er verdifull når han eller hun føler seg verdiløs, da selvsikading ofte kan knyttes til følelser av skam, uverdighet og selvførdømmelse. Videre ser man at å tilbringe tid sammen med pasienten kan øke pasientens følelse av å være verdifull, samtidig som menneskelig kontakt gjerne er et behov for pasientene, og at følelser av ensomhet og å være forlatt kan trigge pasienten til å selvsikade. Å være seg selv i forholdet til pasienten fremheves også som verdifullt for pasientene, på samme tid som det kommer frem at det er viktig at sykepleieren er bevisst på sine følelser ovenfor pasienten slik at det er en viss følelsesmessig distanse.

Innledningsvis i oppgaven sa jeg at hensikten med oppgaven var å se hvordan sykepleieren kan skape en god relasjon til pasienter som selvsikader, og hvordan dette på sikt kan bidra til endret handlingsmønster. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg sett at selvsikading ofte skjer i forbindelse med psykologisk smerte forbundet med følelser av for eksempel skam, ensomhet, uverdighet og selvførdømmelse. Dette er følelser sykepleieren til en viss grad kan motvirke ved å i relasjonen vise pasienten at han eller hun *er* verdifull og likeverdig, blant annet gjennom å være ikke-dømmende og å tilbringe tid sammen med pasienten. Ved at sykepleieren skaper en god relasjon til pasienten hvor pasienten i større eller mindre grad føler seg verdifull, sett og likeverdig vil behovet for å selvsikade kanskje ikke være til stede i like stor grad. Samtidig kan en god sykepleier-pasient-relasjon forhåpentligvis gi rom for at de to partene sammen kan komme frem til alternative handlingsmåter for å håndtere psykologisk eller emosjonell smerte.

Så, helt til sist ønsker jeg å legge ved en liten påminnelse, både til meg selv og deg som leser oppgaven. Jeg har gjennom hele prosessen bevisst valgt å ikke omtale mennesker som selvsikader, som «selvsikadere». Årsaken til dette er enkelt og greit fordi begrepet «selvsikadere» gir meg en bismak i munnen. Disse menneskene *er* ikke selvsikadere, selvsikading er noe de *gjør*. Jeg anser selvsikadingen som et uttrykk for en smerte de bærer inni seg, og som sier ikke noe om hvem de er. Travelbee (2001, s. 214) sier det så fint som at «syke mennesker ikke er problemer, de er mennesker med problemer».

## 7.0. Referanseliste

- Aasen, S. E. (2020). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. *Helsebiblioteket.no*. Hentet 13.04.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Buchmann, E. (2012). Hjertetru. *Norsk Sykepleierforbund*. Hentet 16.03.2020 fra <https://www.nsf.no/Content/766370/Sangtekst%20Hjertetru.pdf>
- Dalland, O. (2012). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg., s. 60-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). Hva er metode? *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg., s. 111-122). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fonn, M. (2020). – Selvskading går ikke over av seg selv. *Sykepleien*. Hentet 18.03.20 fra <https://sykepleien.no/2017/02/selvskading-gar-ikke-over-av-seg-selv>
- Hammer, J., Wilhelmsen, K., Strand, M. & Vråle, G. B. (2013). Kvinner som selvskader opplever bedring ved innleggelse i akutt psykisk helsevern. *Sykepleien Forskning* 8(1), s. 46-52. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0010
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Journal of Medicine* 325(7374), s. 1207-1211. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)
- Helsebiblioteket (2016). PICO. Hentet 25.02.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet (2017). Fakta om selvskading, selvmordsforsøk og sosial overførbarhet/smitte. I *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Hentet 27.02.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>
- Helsedirektoratet (2018). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Hentet 16.03.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Hicks, K. M. & Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), s. 408-413. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04822.x

- Holm, A. L. & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing and Health Sciences* 12(1), s. 52-57. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x
- Hummelvoll, J. K. (2012). Psykiatrisk sykepleie som fagområde. *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 8-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). Depresjon og sorg. *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 193-221). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (n2012). Samtale og relasjon. *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., s. 419-441). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis (2016). Sjekkliste. Hentet 20.03.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Long, M., & Jenkins, M. (2010). Counsellors' perspectives on self-harm and the role of the therapeutic relationship for working with clients who self-harm. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), s. 192-200. doi:10.1080/14733140903474293
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). Å systematisere kunnskap: litteraturprosjektene og utredningene. *Prosjektarbeid i helsefagene* (1. utg., s. 37-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Moe, A. & Ribe, K. (2007). Å sette arr på det. Kvinners refleksjoner rundt egen selvskadende atferd. *Selvskadningens dynamikk* (s. 64-106). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moe, A. & Ribe, K. (2007). Så det likevel er til å holde ut. *Selvskadningens dynamikk* (s. 121-148). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moland, A. & Kjølleberg, E. (2019). Trigger Warning. *NRK*. Hentet 18.03.20 fra <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/trigger-warning-1.14716227>
- Molven, O. (2016). Forholdet mellom jus og etikk. *Sykepleie og jus* (5. utg., s. 66-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (u.å.). Fakta om selvskading. Hentet 27.02.2020 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/dokumenter/fakta-om-selvskading.pdf>
- Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 16.03.20 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2016). Å bruke seg selv for å hjelpe andre. *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg., s. 103-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rayner, G., Blackburn, J., Edward, K.-L., Stephenson, J. & Ousey, K. (2019). Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), s. 40-53. doi: 10.1111/inm.12550
- Ribe, K. & Mehlum, L. (2015). Ut av selvskading – veier til forståelse. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg., s. 9-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). Å ta kroppen på ordet. *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (1. utg., s. 387-397). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slettebø, Å. (2013). Allmenmoral og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *Sykepleie og etikk* (6. utg., s. 13-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 129(8), s. 754-758. doi: 10.4045/tidsskr.08.0454
- Thidemann, I.-J. (2015). Prosjektbeskrivelsen. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (s. 11-15). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2015). Valg av metode. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (s. 76-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, G.-R. B. (2006). Selvskading og selvmord... ingen selvfølge. *Suicidologi*, 11(1), s. 5-9. doi: <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2314>
- Toftthagen, R., Talseth, A.-G. & Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. *Nursing Research and Practice*, 2014(10). doi: 10.1155/2014/905741
- Travelbee, J. (2001). Norsk forord. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 5-6). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). Hva er sykepleie? *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 29-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). Menneske-til-menneske-forholdet. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 171-218). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Øverland, S. (2006). Definisjon og klassifikasjon. *Selvskading – En praktisk tilnærming* (s. 13-44). Bergen: Fagbokforlaget.

## 8.0. Vedlegg 1: Fremdriftsplan

Gjøremål	Uke 1	Uke 2	Uke 3	Uke 4	Uke 5	Uke 6	Uke 7	Uke 8	Uke 9	Uke 10
Veiledning										
Innledning/presentasjon av tema										
Formulering av foreløpig problemstilling										
Se på hvilken litteratur som finnes										
Planlegge/velge teoretisk perspektiv										
Formulering og avgrensning av problemstilling										
Metode/design										
Systematisk litteratursøk										
Gjennomgang av litteratur										
Datainnsamling										
Analyse og tolkning av data										
Omskrivning og bearbeiding av oppgaveteksten										
Omskrivning av innledning										
Korrekturlesning og gjennomgang av tekst										
Inneivering av oppgaven										

Fremdriftsplanen er utarbeidet med utgangspunkt i eksempel fra Thidemann (2015, s. 14).

## 9.0. Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

1. Er formålet med studien klart formulert?
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
7. Er etiske forhold vurdert?
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
9. Er funnene klart presentert?
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

## 10.0. Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

1. Er formålet med studien klart formulert?
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?
6. Hva er resultatene?
7. Hvor presise er resultatene?
8. Kan resultatene overføres til praksis?
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?
10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Begge sjekklister er hentet fra Kunnskapsbasert praksis (2016).