



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Erfaringer fra arbeid med ungdom under 18 år med selvskadende og suicidal atferd.

-en kvalitativ analyse med intervju av sykepleiere i DBT-team

Bente Kristin Istad

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2018.



Forord

Det har vært lærerikt og utfordrende å skrive en masteroppgave. Like fullt har det vært et privilegium å kunne bruke et helt år på fordypning i viktige og spennende temaer. Det har, underveis i prosessen, vært noen koder å knekke, men når det er sagt skulle jeg gjerne ha gjort det igjen. Jeg vil rette en stor takk til deltakerne som har delt av sin erfaring og bidratt til mange spennende funn. Jeg vil samtidig takke min veileder Oddny Igland for all god veiledning langs veien frem til ferdigstillelse.

Bente Kristin Istad

Abstract

Background and purpose: In pursuit of effective treatment methods for self-harmful and suicidal adolescents under 18, Dialectic Behavioral Therapy (DBT) has come more in the spotlight. Still, many people do not know about the DBT treatment method. This study is about nurses in DBT teams and their experiences, working with self-harm and suicidal youth under the age of 18. It has not been previously researched on nurses working in DBT teams. As of August 2017, there were twelve nurses in the DBT team who worked with young people 12-18 years. The range of informants is four nurses from three different teams.

Research question: *What expertise do nurses in DBT-teams experience as important to use in the work of self-harm and suicidal adolescents under the age of 18?*

Method: The study is qualitative and data is collected using four semi-structured research interviews.

Results and conclusion: All participants in this study emphasized that their nursing skills were a major advantage in this work. At the same time, personal qualities and ability to associate therapeutic alliances were crucial in meeting with patients and their parents. According to the participants in the study, the parents were a success factor that contributed to the stability of the family therapy groups. Motivational work as an external motivation was highlighted as an instrument to motivate patients to complete the treatment period. Participants in the study found that patients achieved mastery using DBT skills training. Participants believed that DBT, as a method, was effective, and reduced hospitalizations and prevented reinstatements. The DBT therapists greatly benefited from the consultation team when it comes to guidance and support within the team.

Keyword: Nurse, DBT-treatment, self-harm and suicidal adolescents, competence, personal expertise, nurse–patient relation, overall professional competence, experience of hope and coping and meaning of method.

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: I jakten på effektfulle behandlingsmetoder for selvskadende og suicidale ungdommer under 18 år, er Dialektisk atferdsterapi (DBT) kommet mer i søkelyset. Fremdeles er det mange som ikke kjenner til behandlingsmetoden DBT. Denne studien handler om sykepleiere i DBT-team og deres erfaringer, i arbeid med selvskadende og suicidal ungdom under 18 år. Det er ikke tidligere forsket på sykepleiere som jobber i DBT-team. Pr august 2017 var det tolv sykepleiere i DBT-team som arbeidet med ungdommer 12-18 år. Utvalget av informanter er fire sykepleiere fra tre forskjellige team.

Problemstilling: *Hva anser sykepleiere i DBT-team som viktig i arbeidet med selvskadende og suicidale ungdommer under 18 år?*

Metode: Studien er kvalitativ, og data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju.

Resultater og konklusjon: Alle deltakerne i denne studien framhevet at deres sykepleiekompetanse var en stor fordel i dette arbeidet. Samtidig ble personlige egenskaper og evne til å knytte terapeutiske allianser løftet frem som avgjørende i møtet med pasientene og deres foreldre. Ifølge deltakerne i studien var foreldrene en suksessfaktor som bidro til stabilitet i familierterapi-gruppene. Motivasjonsarbeid som ytre motivasjon ble fremhevet som et virkemiddel for å motivere pasientene til å gjennomføre behandlingsperioden. Deltakerne i studien opplevde at pasientene oppnådde mestring ved hjelp av ferdighetstreningen i DBT. Deltakerne mente at DBT, som metode, var en effektiv, og reduserte sykehusinnleggelser og hindret re-innleggelser. DBT-terapeutene hadde stor nytte av konsultasjonsteamet når det kommer til veiledning og støtte innen teamet.

Nøkkelord: Sykepleier, DBT-behandling, selvskadene og suicidale ungdommer under 18 år, personlig kompetanse, behandlingsrelasjon, samlet profesjonell kompetanse, opplevelse av håp og mestring og betydning av metode.

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og hensikt for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Oppgavens oppbygning	3
1.4	Begrepsavklaringer	3
1.4.1	Oppgavens begrensninger	4
1.5	Selvdestruktiv og suicidal atferd	4
1.6	Dialektisk atferdsterapi (DBT)	5
1.6.1	Læringsteori.....	6
1.6.2	Kognitiv teori	7
1.6.3	Dialektisk filosofi.....	9
1.6.4	Zenbuddhistisk filosofi og oppmerksomt nærvær.....	9
1.7	Tidligere forskning.....	10
2	Teoretisk referanseramme	13
3	Metodekapittel.....	19
3.1	Valg av forskningsmetode	19
3.2	Kartlegging av utvalg, inkluderings- og ekskluderingskriterier.....	20
3.3	Intervjuguiden.....	20
3.4	Gjennomføring av pilot-intervju, intervjuer og datainnsamling	21
3.4.1	Presentasjon av deltagerne	22
3.5	Transkripsjon	22
3.6	Analyse av data	24
3.7	Forskerrollen.....	25
3.8	Forskerens forforståelse	26
3.9	Etiske overveielser	28
3.10	Studiens troverdighet og overførbarhet.....	29
4	Presentasjon av resultater	31
4.1	Sykepleiernes møte med egen kompetanse og erfaring.....	31
4.1.1	Den profesjonelle sykepleier	31
4.1.2	Konstruktiv omsorg eller destruktiv ansvarsovertakelse? «Å være instrumentell – og med empati»	33
4.1.3	Hva er det som gjør selvsking nødvendig?.....	33
4.2	Sykepleiernes møte med ungdom i DBT-behandling	34
4.2.1	Terapeutiske allianser.....	34
4.2.2	Foreldrene - en suksessfaktor?.....	35

4.2.3	Håp og mestring.....	36
4.3	Sykepleiernes møte med konsultasjonsteamet i DBT	37
4.3.1	Styrke i teamet	38
4.3.2	Effekt av behandling.....	39
5	Diskusjon.....	41
5.1	Sykepleiernes møte med egen kompetanse og erfaring. Samlet profesjonell kompetanse.....	41
5.1.1	Den profesjonelle sykepleier	41
5.1.2	Konstruktiv omsorg eller destruktiv ansvarsovertakelse? «Å være instrumentell –og med empati»	45
5.1.3	«Hva er det som gjør selvskading nødvendig?»	48
5.2	Sykepleiernes møte med ungdom i DBT-behandling. Håp og mestring.....	49
5.2.1	Terapeutiske allianser.....	49
5.2.2	Foreldrene - en suksessfaktor?.....	52
5.2.3	Håp og mestring.....	53
5.3	Sykepleiernes møte med konsultasjonsteamet i DBT. Betydning av metode.	55
5.3.1	Styrke i teamet	55
5.3.2	Effekt av behandling.....	58
6	Oppsummering.....	60
6.1	Konklusjon.....	62
6.1.1	Implementasjon for praksis	62
6.1.2	Styrker og begrensninger ved studien.....	62
	Litteraturliste:.....	64

Vedlegg 1 - Skjematisk fremstilling av analyseprosess

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

Vedlegg 3 - Samtykkeskjema

Vedlegg 4 - Intervjuguide

Vedlegg 5 – Godkjenningbrev fra NSD

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema

Jeg har arbeidet som sykepleier siden 2003. I de årene har jeg møtt døden mange ganger. Det var livets gang når man var kommet opp i alder og bodde på sykehjem. Døden var på en måte en naturlig utgang. Jeg har sittet fastvakt på dødsleiet, holdt hender, lyttet til pustefrekvensen deres, lest Fadervår for de som var redde for døden, smerte-lindret og lukket deres øyne når det var slutt. Omsorgen i livets slutt var andektig og spesiell, og ingen av de terminale pasientene skulle dø alene. Etter hvert bestemte jeg meg for at jeg heller ville jobbe i andre enden av livet, nemlig med de unge.

På videreutdanningen i psykisk helsearbeid fikk jeg, våren 2017, praksisen min på en akutt-psykiatrisk avdeling. Det var en lukket avdeling og de fleste innleggelser var elektive, men avdelingen hadde også en akutfunksjon. Det var frivillige innleggelser, frivillig tvangsinnleggelser og tvangsinnleggelser. Pasientene var som regel henviste og skulle utredes eller behandles. De akutte innleggelsene gjaldt barn og ungdommer som var til fare for seg selv eller andre, eller hadde andre psykiske problemer. Mange av ungdommene var selvdestruktive og suicidale.

Det var mitt første møte med spesialisthelsetjenesten foruten praksiserfaringen under sykepleierutdanningen. Det var også mitt første møte med barne- og ungdomspsykiatri. Det var et høyt faglig nivå blant personalet, og avdelingen hadde god bemanning. Det var et tverrfaglig miljø. Behandlersiden besto av psykiater, psykologer, psykologspesialister og leger. Terapeutene var sosionomer, barnevernspedagoger, lærere, vernepleiere og sykepleiere.

Alle disse opplevelsene ble en kontrast fra mine år innen eldreomsorgen med lav bemanning og mye ansvar som sykepleier. Jeg ble fasinert og overveldet over alt det nye jeg møtte. Jeg var ikke vant til å arbeide etter metoder og tilnæringsmåter slik de gjorde. Det var tid og rom for faglige diskusjoner. Jeg møtte unge mennesker som hadde livet foran seg, men armene deres var fulle av gamle arr og ferske sår. Dette var nytt for meg og det var vanskelig å forholde meg til alt dette. Jeg fikk også beskjed om å behandle eventuelle skader og sår *instrumentelt* og ikke gi oppmerksomhet på den uønskede atferden. Instrumentell behandling innebar å behandle skader/sår som medisinsk sårbehandling. Fravær av ekstra omsorg og varme kan oppfattes som kontraintuitivt for mange, inkludert meg selv. Empati og omsorg for andre er viktig, men samtidig er det viktig slik Skau (2017) sier at profesjonsutøvere utvikler

sin evne til å skille mellom konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse. Empati i denne sammenhengen baserte seg på at terapeutene forsto hva som er til det beste for pasienten der og da. Sentrale prinsipper avdelingen jobbet etter, var noe de benevnte som å ha «is i magen». Dette handlet om å gi ungdommene ansvar og å sette grenser. Det betydde at de ikke fjernet farlige gjenstander som ble brukt til selvskading som f. eks. barberblad og knust glass. Jeg følte på frykten for at noe alvorlig skulle hende, siden ungdommene ikke ble fratatt disse gjenstandene. Etter hvert forsto jeg hvor viktig denne måten å arbeide på var.

Det var flere tilnæringsmåter jeg ble kjent med på avdelingen, blant annet Dialektisk atferdsterapi (DBT). Dette er et poliklinisk behandlingstilbud som har fokus på endringsarbeid hos barn og unge med nedsatt regulering av følelser og uhensiktsmessig atferd. DBT er nærmere beskrevet i kapittel 1.6 - 1.6.4. Gjennom praksisperioden fikk jeg være med DBT-teamet gjennom en rekke gruppeveiledninger og individuelle samtaler. Jeg fikk delta i de ukentlige veiledningsmøtene, kalt konsultasjonsteamet. Konsultasjonsteamet er intern veiledning i DBT-teamet, men de har også ekstern veiledning fra NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging) noen ganger i året.

Alt i alt bidrog dette til at jeg ville skrive min masteroppgave om Dialektisk atferdsterapi (DBT) og forske på sykepleiernes sine erfaringer med selvskading og suicidalproblematikk hos ungdommer under 18 år.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Denne studien setter fokus på kompetansen som sykepleiere anvender i arbeidet med selvskadende og suicidale ungdommer, men også hvordan Dialektisk atferdsterapi (DBT) benyttes som metode og verktøy. Fokuset er sykepleiernes erfaringer fra arbeid med ungdom under 18 år med selvskadingsproblematikk og hva som de anser som viktig i dette arbeidet. Studien er en kvalitativ analyse med intervju av sykepleiere i DBT- team.

Problemstillingen konkretiseres slik:

Hva anser sykepleiere i DBT-team som viktig i arbeidet med selvskadende og suicidale ungdommer under 18 år?

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1.4 forklares begreper, benevnelser og forkortelser som er benyttet i oppgaven. I kapittel 1.5 presenteres en kort oversikt over selvmordsrater og psykologiske faktorer ved selvdestruktiv og suicidal atferd. Hva Dialektisk atferdsterapi er forklares i kapittel 1.6. Det teoretiske referanserammeverket blir omtalt i kapittel 2. I kapittel 3 gis en beskrivelse av fremgangsmåte for innsamling av data, og hvordan empirien er blitt gjenstand for analyse. Her presenteres også forskningsetiske refleksjoner. Kapittel 4 presenter studiens resultater. For å skape bedre oversikt er resultater og diskusjon presentert i hvert sitt kapittel. I kapittel 5 diskuteres studiens resultater. Avslutningsvis i kapittel 6 oppsummeres diskusjonen. Konklusjon presenteres i kapittel 6.1 og implementasjon for praksis i kapittel 6.1.1. Studiens styrker og begrensninger presenteres i kapittel 6.1.2.

Jeg har brukt, i enkelte deler av dokumentet, en del henvisning til sidetall i oppgaven. Dette er gjort for at det skal være enklere å finne hvor ting er hentet fra. Jeg har ikke direkte avskrift, men har parafasert kilder. Direkte avskrift er markert i sitatformat.

1.4 Begrepsavklaringer

Suicidologi er læren om selvmordsproblematikk (Helsedirektoratet, 2014). Suicidologi omfatter hyppighet, utbredelse, årsaksforhold, tiltak, prognose og forebygging samt forhold som har med pårørende og sosiale omgivelser å gjøre. **Selvmord** defineres som en handling som individet foretar seg for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden. **Selvmordsforsøk** defineres som selvpåført skade med intensjon om å dø.

Selvmordsatferd er en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord.

Selvskading defineres som skade en person påfører seg med vilje, men uten hensikt å dø (ibid).

DBT står for Dialectical Behaviour Therapy, eller Dialektisk atferdsterapi (DAT) på norsk.

Jeg har valgt å bruke DBT i oppgaven, fordi det er den mest brukte termen. Bruk av benevnelser som pasient – ungdom, sykepleiere – terapeuter vil gå om hverandre.

Sykepleierne i DBT-team er benevnt både som sykepleier og som terapeut, og ungdom og pasient er også brukt om hverandre. Sykepleierne brukte under intervjuene disse benevnelse om hverandre. Kildene bruker benevnelser som klient – pasient –bruker og disse begrepene blir diskutert ut ifra kildenes egne benevnelser.

1.4.1 Oppgavens begrensninger

I denne oppgaven vil fokuset være på sykepleiernes erfaringer i arbeidet med ungdommer under 18 år med selvskadende og suicidal atferd. DBT-behandling og DBT-teamet danner konteksten som sykepleiernes erfaringer ekstraheres ut i fra.

Hvorfor noen velger å skade seg, er beskrevet ut i Sofia Åkermans egne opplevelser i kapittel 4.1.3 og 5.1.3. Det er ikke et fokusområde i denne oppgaven.

Når det gjelder selvdestruktiv og suicidal atferd er det på generelt grunnlag forklart litt om årsaker og statistikk i det neste kapittelet 1.5. Dette er heller ikke fokusområde i studien.

I kapittel 3.2 er det kartlagt antall sykepleiere pr august 2017 som arbeidet med ungdom 12-18 år i DBT-team. Det er ikke tatt i betraktning at det kan være flere sykepleiere under utdanning i 2017-2018 og at nye DBT-team er dannet i løpet av denne tiden. Jeg har valgt å intervju fire sykepleiere i denne oppgaven.

Det finnes mange store studier på effekten av DBT-behandling. Siden jeg ikke fant relevant forskning på sykepleiere i DBT-team som arbeidet spesifikt med ungdom under 18 år, er tidligere forskning lite representert i diskusjonsdelen. Jeg har valgt, i kapittel 1.7, å fremheve forskningen som er gjort i Norge fremfor de europeiske og amerikanske studiene.

Studien *Working with borderline personality disorder: nursing interventions using dialectical behavioral therapy*, (Osborne & McComish, 2006) vil ikke bli brukt i oppgaven. Som resultat av noen av søkeordene, ble det et treff på sykepleier og DBT. Jeg har tatt den med i tidligere forskning for å vise til at det er forskning på sykepleiere og DBT.

1.5 Selvdestruktiv og suicidal atferd

Alle former for selvskading kan ende med død (Grøholt & Sund, 2016). Selv om man snakker om et sterkt eller svakt ønske om å dø, er terminologien selvmord. Er det ingen suicidal intensjon bruker amerikanske forskere betegnelsen selvpåført, ikke-intensjonell død. Basert på tall fra 2000-2005 er raten for selvmord for unge 15-19 år per år: 14,0 per 100.000 gutter og 5,8 for jenter. Raten for unge mellom 10-15 år er lavere og ligger under 1 for jenter og 2 for gutter (ibid).

Selvskadende atferd er et økende problem blant unge, og særlig blant unge jenter (Ystgaard et al., 2003). Unge mennesker som skader seg flere ganger, og ikke får egnet hjelp, har en økt

risiko for senere selvmord (Ystgaard et al., 2003). Selvskading hos ungdommer er mer prevalent blant unge jenter som har depressive symptomer, rusmisbruk, antisosial atferd, spiseforstyrrelser, dårlig psykisk helse og lavt selvbilde (Tørmoen et al., 2013).

Det er noen risikofaktorer for selvmordsforsøk som er sammenfallende slik som et ikke-intakt familieenhet med kommunikasjonsutfordringer, ugunstig livssituasjon, alkoholbruk, tidligere selvmordsforsøk, psykiske lidelser, kontakt med psykisk helsevern og lavt selvbilde (Nrugham, Herrestad & Mehlum, 2010).

Det er tre psykologiske faktorer som man tar i betraktning ved et selvmordsforsøk (Snoek & Engedal, 2008). De samvirkende faktorer er appell, ambivalens og aggresjon. Appell dreier seg om et rop om hjelp. Sammen med appellen finnes også en ambivalens i den forstand at personen som ønsker å ta sitt eget liv også innehar et håp om redning tilbake til livet. Den tredje faktoren, det å ta liv – sitt eget eller andres liv, eller det å true om det, er forbundet med en aggressiv handling. Når det gjelder selvskading så handler det om en overlevelsesstrategi i en vanskelig livssituasjon. Ved selvskading er kanskje ikke ønsket om å dø, men å omgjøre en indre smerte om til en fysisk smerte. Hos noen kan det å se blod renne gi en opplevelse av at det *vonde* renner ut av kroppen samtidig. Noen straffer seg selv i stedet for å rette aggresjonen mot andre som har forvoldt en skade, eller hensikten kan være å gjøre seg mindre attraktiv ovenfor en overgriper. Det finnes også kulturelle motefenomen som *scaring* som er en bidragsyter til at kutting er in i enkelte miljøer (ibid).

1.6 Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Alle nye terapeutiske metoder har et opphav i tidligere metoder (Marsha Linehan, 2002 i Kåver et al. 2005). Slik vokste DBT fram som en syntese av behandlingsmetoder som fokuserte på forandring og metoder som ikke tok sikte på å støtte og trøste. Professor Marsha Linehan utviklet DBT slik den fremstår i dag. Dialektisk atferdsterapi er en behandling som bygger på læringsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi og zen-buddhistisk filosofi (Kåver et al., 2005).

DBT er en kognitiv-atferdsbehandlingsmetode som i utgangspunktet var en behandling for kronisk suicidale individer, først og fremst for kvinner med borderline personlighetsforstyrrelser (BPD) (Dimeff & Koerner, 2007). I 1995 gjorde Alec Miller og Jill Rathus en litteratursurvey for å identifisere effektive psykososiale behandlingsformer for deprimerte og ikke-suicidale ungdommer med selvskadende atferd (Miller, Rathus &

Linehan, 2007). Deres evaluering gjorde dem overbevisst om at DBT kunne bli en bra behandling for disse pasientene. Ifølge Miller, Rathus & Linehan (2007) var DBT den mest hensiktsmessige behandlingen for suicidale ungdommer med kronisk dysregulering av følelser og co-eksisterende problemer.

DBT er, ifølge Kåver et al. (2005), en behandlingsmetode som skal hjelpe pasienter med komplekse problemer. Behandlingen består i ferdighetstrening, individualterapi, gruppeveiledning, telefonkontakt og teamarbeid. Ferdighetene beskrives som handlinger som hjelper pasienten med å nå sine mål. Siden pasientens problemer oppfattes som en konsekvens av manglende ferdigheter, bygger behandlingen i DBT på at pasienten skal lære seg de ferdigheter som mangler (ibid).

1.6.1 Læringsteori

Selve kjernen i behandlingen er læringsteori og atferdsterapi (Kåver et al., 2005). I læringsteorien er det menneskets evne til å *lære* og til å *lære om* noe som vektlegges. Grunnleggende prinsipper for læring viser at dyr og menneskers atferd blir formet av miljøet eller av samspillet mellom individ og omgivelser. Ifølge læringsteorien styres atferden av konsekvenser og utløsende faktorer (ibid).

Læringsteoretikere som Skinner, Bandura, Wolpe og Lazarus dannet grunnlaget for atferdsterapi og den moderne formen som kalles kognitiv atferdsterapi (Kåver et al., 2005:60). I atferdsteorien arbeides det for *forandring* og skape forutsetninger for at pasienten skal nå sine mål, enten ved å endre pasientens atferd eller ved å endre miljøet rundt, eller begge deler samtidig. *Forandring* i kognitiv atferdsterapi innebærer ofte å lære seg å akseptere seg selv og virkeligheten slik den er (ibid).

Skinner beskrev *sammenhengen mellom situasjon, atferd og konsekvenser i et visst miljø* med begrepet *forsterkningskontingenser* (Kåver et al., 2005:60). Ifølge Skinner, er skole, familie, arbeidsplass og vennsrelasjoner forskjellige forsterkningsmiljøer som gir reaksjoner og forventninger om hva i personligheten eller atferden vår som skal belønnes. Vi oppfører oss annerledes alt etter hvilken kontekst vi står i, som f.eks. at tenåringen kan oppleve seg annerledes i samvær med de voksne kontra jevnaldrende venner. En pasient som har vokst opp i et invalidiserende miljø der hvor reaksjonene fra omgivelsene har vært straffing av egenskaper som selvstendighet, nysgjerrighet eller å ha egne meninger, har kanskje «lært» seg til å ikke tro på seg selv. I ytterste konsekvens kan kanskje individet straffe eller selvskade seg selv for den ufullkomne personen han/hun anser seg for å være (ibid).

I følge Kåver et al. (2005:60) er det i dialektisk atferdsterapi nødvendig å innføre forutsetninger for *nylæring* ved å skape mer helbredende forsterkningskontingenser. Et gjennomgående prinsipp i DBT er, ifølge Kåver et al. at terapeuten aldri må forsterke selvdestruktiv atferd. Et eksempel på dette kan være at terapeuten unngår å reagere med ekstra varme og omsorg når pasienten har skadet seg. Paradokset i dette er, ifølge Kåver et al. at fraværet av ekstra omsorg er det mest validerende og ivaretagende terapeuten kan gjøre i en slik situasjon. Derimot tas handlingen (selvskadingen) på største alvor og bekreftes som ekte og forståelig. Kåver et al. hevder at terapeuten bør etterstrebe å forsterke enhver atferd hos pasienten som innebærer en konstruktiv løsning i en kritisk situasjon. Positive forsterkninger øker, ifølge Kåver et al., sannsynligheten for at en atferd gjentas uansett om det dreier seg om tanker, tolkninger, følelser eller handlinger. En positiv forsterker er noe en person ønsker seg som f.eks. mat, penger, kjærlighet, beundring, anerkjennelse, makt eller kontroll. Negativ forsterkning er noe ubehagelig som individet vil unnvike eller flykte fra. Også indre opplevelser kan, jamfør Kåver et al., fungere som negative forsterkere som smertefulle følelser, sorg, sinne og redsel og individet gjør alt for å unngå slike opplevelser. Negativ forsterkning er, ifølge dem, ikke det samme som straff. Straff har til hensikt å redusere sannsynligheten for at en atferd blir gjentatt. I DBT er positiv forsterkning, og ikke straff, den beste forandringsteknikken. Oppmuntring, veiledning og bekreftelse er, mener Kåver et al., det som skaper den beste forutsetningen for endring og bedring (ibid).

Utslokking (ekstinksjon) er en teknikk for å endre atferd (Kåver et al., 2005). Det innebærer at uønsket atferd ikke gis oppmerksomhet, men atferd som er mer hensiktsmessig berømmes. Eksponeringsterapi benyttes for å lære pasienter nye måter å reagere på. Det betyr at man utsettes gjentatte ganger for det man frykter eller skammer seg over og slik også lærer nye ferdigheter i situasjonen. Hensikten er å fjerne angsten på sikt (ibid).

Kjedeanalyser i lag med pasienten er en funksjonell strategi for å se sammenhenger og til å forstå selve problemet (Kåver et al., 2005:64). Hensikten er å finne løsninger og lære nye ferdigheter i kritiske situasjoner. Sammen prøver terapeuten og pasienten å finne løsninger og nye strategier for å endre uønsket atferd (ibid).

1.6.2 Kognitiv teori

DBT har også innlemmet kognitiv teori i sin metode (Kåver et al., 2005). Kognisjon stammer fra det latinske ordet *cognito* som betyr undersøkelse, læring eller kunnskap.

Kognisjonsforskningen handler om tre forskjellige kognitive prosesser: persepsjon (hvordan

vi innhenter informasjon fra omverdenen), hvordan vi bearbeider den og hvordan vi benytter den. I kognitiv psykologi studeres mentale aktiviteter slik som iakttakelse, drømmer, fantasier og mentale bilder. Disse mekanismene er sentrale for den menneskelige psyke. I kognitiv terapi beskrives mennesket som en aktiv kunnskapssøker som har behov for å skape mening og struktur i seg selv og omgivelsene. I følge denne teorien kan omstendigheter og hendelser føre mennesket inn i fortrenge, urealistiske og negative måter å tolke den ytre og indre verden på. I følge den kognitive teorien, er det disse forvrengte meningsstrukturene og tankene som fører til problematiske følelser og utgjør kjernen i de psykiske forstyrrelsen. Med andre ord så er det personens måte å oppfatte problemene på som er årsaken, ifølge den kognitive teorien. Depresjon, angst, sinne, skam, skyldfølelse m. m er følelser som bunner i personens egne tolkninger av seg selv og sin situasjon. Kognitiv terapi er basert på gamle filosofiske tradisjoner. Filosofene Sokrates (470-399 f. Kr.) og Epiktet (ca 55-138 f. Kr.) mente at riktig tenkning fører til riktige handlinger som igjen fører til et godt liv. *De sokratiske teknikkene* er grunnleggende teknikker i kognitiv teori som går ut på at terapeuten leder pasienten i søkingen etter kunnskaper som kan korrigere forvrengte tolkninger av seg selv og omgivelsene. Tre bevissthetsnivåer i kognitiv teori er daglige automatiske tanker, grunnantakelser /leveregler og kognitive skjemaer. De automatiske tankene utgjør den spontane tenkningen slik som indre dialoger, vi banner, hakker på oss selv eller pigger oss opp. Grunnantakelser er mer den samlede kunnskap om hvordan vi skal oppføre oss. Moral og etikk, religion, sunn fornuft o.l. er noen eksempler. Hos personer med psykiske problemer er levereglene ofte negative, krevende og truende og kan skape problemer i tilpasningen til omgivelsene. Levereglene tar ofte form av «*hvis -så*» setninger eller «*må – burde*» -setninger og kan være begrensende for personen som tenker slik. Kognitive skjemaer er tankeprosesser som er mer ubevisst og utilgjengelige for individet. Det kan være fordommer om seg selv og andre, eller oppfatninger om hvem vi er og hvordan vi skal bli oppfattet av andre. Skjemaene er personlige overbevisninger om egen person, om livet i det store og hele og om andre mennesker. Disse skjemaene henger sammen med hverandre og har utgangspunkt i innlæring fra barndommen og oppover. Vi både former og formes av omgivelsene i en selvforsterkende prosess. Ifølge den kognitive teorien så kommer psykiske problemer av at personen har kommet i en forvrengt og negativ tenkemåte på alle de tre tankenivåene. Kognitiv teori tar sikte på forandring i tenkningen hos en pasient. Målet er å kunne gi pasienten et bedre fungerende liv og mer stabil følelsesmessig tilværelse (ibid).

1.6.3 Dialektisk filosofi

Dialektikk stammer fra gresk og betyr «kunsten å diskutere» (Kåver et al., 2005). Mange store tenkere fra antikken slik som Platon, Aristoteles og frem til de moderne filosofene som Kant, Hegel, Marx og Sartre har benyttet begrepet dialektikk. Dialektikk er evnen til å se begge sider av en sak. Virkeligheten er ikke statisk, men hele tiden i bevegelse og i endring i henhold til et dialektisk perspektiv. Å se dialektisk på tilværelsen er å kunne se at helheten innbefatter motsetningsfulle aspekter som f.eks. at livet er både smertefullt og gledefylt. Det dialektiske dilemmaet innbefatter problemstillinger som at pasienten valideres at hun er god nok som hun er, men at hun samtidig må forandre seg. En annen problemstilling er hvordan lærer man pasienten å akseptere et problem slik det framstår akkurat nå, og samtidig arbeide for å forandre det (ibid).

1.6.4 Zenbuddhistisk filosofi og oppmerksomt nærvær

Buddhismen oppsto i det nordlige India for mer enn to tusen år siden og er en østlig filosofi (Kåver et al., 2005). I buddhistisk meditasjon lærer man seg å bli bevisst og oppmerksom i nuet. Mindfulness, å lære seg å styre bevisstheten eller oppmerksomheten, er selve kjernen i den buddhistiske meditasjonen. Oppmerksomt nærvær er fundamentet som alle andre ferdigheter som læres i dialektisk atferdsterapi hviler på. For å komme ut av en kritisk situasjon eller å iverksette tiltak er det viktig å kunne se inn i seg selv, identifisere og bli bevisst hva som foregår på det indre planet. Ved å fokusere på nuet vil oppmerksomheten på hva som skjer her, være mer nærværende enn å ha fokuset på fortiden og framtiden. Å kunne ta grep om sin situasjon, sette ord på følelser og tanker, vil være bidragende til å få økt kunnskap om sin egen problematikk. Et av de sentrale meditasjonsprinsippene i DBT er å unngå å vurdere og dømme det man observerer. Det unngås at den subjektive tolkningen eller vurderingen tas med, prinsippet er at pasienten skal beskrive f.eks. et bilde ut ifra form, farge, ramme, plassering på veggen i stedet for å si at bildet er stygt eller flott. En slik holdning er med på å være her og nå uten å vurdere og dømme ut ifra følelsene, men heller å kunne beskrive det som faktisk er. Hensikten er at denne deskriptive tankegangen skal være med på å gjøre pasienten rolig ettersom dømmende tanker kan være med på å skape ladede og sterke følelser (ibid).

1.7 Tidligere forskning

Søk i forskjellige databaser slik som Pubmed, PsycINFO, Cinahl, Swemed+, Norart, Nora viser litt av den tidligere forskningen som er relevant for problemstillingen. Det er ikke foretatt mye forskning rundt min problemstilling, men det er mye forskning rundt temaene DBT og selvskadende og suicidal atferd. Søkeordene DBT, suicidal ideation, self-harm, adolescents ga en del treff. I norske databaser ble det søkt på ordene: DBT, selvskading, ungdom, suicidalitet. Sykepleier (nurse), sykepleiererfaring (nurses experience) kombinert med de andre søkeordene ga ingen treff.

I 2010 ble det foretatt en systematisk gjennomgang over forskning på suicidalitet, risikofaktorer og intervensjoner blant norske ungdommer opptil 25 år (Nrugham, Herrestad & Mehlum, 2010). Det ble identifisert 29 studier som omhandlet risikofaktorer på hele spekteret av suicidale fenomener, fra selvskading uten suicidal hensikt til selvmord. De undersøkte også fagbladet Suicidologi for å se spesielt på typer intervensjoner. Resultatet ble at de fleste studiene fokuserte på psykologisk og psykiatriske risikofaktorer ved selvmordsforsøk. Andre suicidale fenomener, psykososiale –og samfunnsrisikofaktorer og påvirkninger av intervensjoner ble nesten ikke gjort forskning på. Forskningen viste at depresjon, tidligere suicidal oppførsel, alkoholforbruk og dysfunksjonell og ikke-intakt familieliv var konsekvente betydelige risikofaktorer når det gjelder selvmord og selvmordsforsøk. Konklusjonen viste at ved intervensjoner som å støtte og veilede familier, samt tidlig deteksjon av tidligere selvmordsforsøk, depresjon og alkoholbruk var det mest selvmordsforebyggende tiltaket blant ungdommer (ibid).

En annen studie tok for seg om det var noen forskjeller i måter og gradering angående ikke-suicidal selvskading og selvmordsforsøk (Tørmoen et al., 2013). Målet for studien var å måle potensielle forskjeller i prevalens av selvskadende atferd blant unge og om de hadde gjort selvmordsforsøk, utført ikke-suicidal selvskade, eller begge. Resultatet ble at ikke-suicidal selvskading og selvmordsforsøk er deler av samme dimensjonale konstruksjon av selvmordstanker. Studien indikerer også at unge som veksler mellom ikke-suicidal selvskading og selvmordsforsøk har mer psykisk dårlig helse og atferdsproblemer enn andre. Unge med risikofaktorer bør bli identifisert mer effektivt ved at helsetjenesten snakker om eller spør om selvskading, også om tidligere selvskading. Klinikere bør bli mer klar over at mange ungdommer utfører begge typer atferder og at det er viktig at de unngår klinisk stereotypisering av unge med selvmordstanker og selvskadene atferd. Ved at studien tok spesifikt i bruk to forskjellige spørsmål om selvskadene atferd klarte de å få frem forskjellene

i selvskadene atferd. Sammenlignet med foregående kliniske utvalgsstudier er det mer sannsynlig at ungdommer som selvskader seg ved kutting eller andre former for selvskading ble bedre representert i denne studien. Funn viser også at de som selvskader seg ved overdoser søker oftere hjelp og blir ivaretatt på sykehus enn de som selvskader seg på andre vis. Forskningen har også vist at prevalensen av selvskading er dobbel så høy hos de skader seg på andre måter enn de som selvskader seg ved overdoser. Ikke-suicidal selvskading er ofte et utgangspunkt hvor individet blir mer modig, kompetent og villig til å gjøre et selvmordsforsøk og eventuelt med selvmord til følge (ibid).

En randomisert kontrollert studie (RCT) utført av Mehlum et al., undersøkte om en kortversjon av DBT, dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) er mer effektiv enn vanlig forbedret pleie (enhanced usual care - EUC) for å redusere selvskading blant ungdom (Mehlum et al., 2014). 77 ungdommer med nylige og repeterende selvskading deltok i studien. Behandlingen foregikk på barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og ungdommene ble tilfeldig utdelt til å bli behandlet med DBT-A eller med EUC over en 19-ukers periode. De undersøkte stadier av selvskading, selvmordstanker, depresjon, håpløshet og symptomer på borderline personlighetsforstyrrelser ved 9, 15 og 19 uker. Frekvensene av sykehusinnleggelse og nød-besøk på akutt ble også registrert gjennom denne perioden. Resultatet viste at behandlingsretensjonen var generelt god i begge behandlingsformene og at nødhjelpen var lav. DBT-A var overlegen i forhold til å redusere selvskade, selvmordstanker og depressive symptomer. Effektsstørrelsen var stor for DBT-A og lav for EUC. Konklusjonen er at DBT-A kan være en effektiv intervensjon for å redusere selvskade, selvmordstanker og depresjon hos ungdommer med repeterende selvskadende atferd (ibid).

En ettårig oppfølgingsstudie (Mehlum et al., 2016) viste at DBT-A var overlegen EUC når det gjaldt frekvensen av selvskading. Når det kom til selvmordstanker, håpløshet, borderline symptomer og funksjonsnivået i sin helhet var forskjellene ikke så entydige etter 19 uker. Det kan ha sin årsak i at deltagerne i EUC-gruppen hadde forbedret sine ferdigheter til å takle sine utfordringer et år etter den første studien. Hos de som mottok DBT-A var resultatet uendret. Konklusjonen ble at en sterkere langtidsreduksjon i selvskadende atferd og en hurtigere bedring når det gjelder selvmordstanker, depresjon og Borderline symptomer. Det er sannsynlig at DBT-A er den mest gunstige behandlingen for ungdom med repeterende selvskadende atferd (ibid).

En studie publisert i februar 2018 hadde analysert DBT-klinikerens erfaring med DBTs konsultasjonsmøter (Walsh, Ryan & Flynn, 2018). Studien tok sikte på å samle erfaringer fra

klirikere i DBT- teamenes konsultasjonsmøter, og ønsket å se på om konsultasjonsmøtene var nyttige eller ikke. Det var tre team og 11 klinikere som deltok i denne studien. Metoden var kvalitativ og dataene var samlet inn ved hjelp av dybdeintervjuer. Disse teamene behandlet pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelser. I følge studien er det tre avtaler som er viktige for å opprettholde læring og en støttende atmosfære i konsultasjonsteamet: *fenomenologisk empati, feilbarlighet og dialektiske avtaler*. Med *fenomenologisk empati* søker klinikerer etter tolkninger av pasientens atferd, gjennom egen og de andre teammedlemmenes ikke-dømmende perspektiv. Med *feilbarlighets-avtalen* anerkjenner klinikere at alle teammedlemmene kan gjøre potensielle feil. Den *dialektiske avtalen* går ut på det ikke finnes en absolutt sannhet og klinikerer oppfordres til å se etter sannheten i de motstridende meningene. Det overordnede målet med disse avtalene er å bidra til å redusere og løse ulike typer konflikter som kan oppstå når folk samarbeider i grupper. Selv det er lite empirisk forskning som belyser eksistensen av konflikter i konsultasjonsteam, viste noen resultater fra studien at enkelte av teammedlemmene ikke bestandig lyttet til tilbakemeldinger eller ble defensiv i evalueringer av deres praksis. De fleste av informantene var positiv til opplevelsen av teamfølelse. Teamfølelsen ga trygghet og støtte og gjorde konsultasjonsmøtene effektive. Informantene mente at de lærte mer av tilbakemeldinger fra de andre hvis relasjonene var sterke innenfor teamet. Det kom fram at også humor og jovialitet var viktig for å kunne takle stressituasjoner i arbeidet deres. Denne studien illustrerte og fremhevet de teoretiske funksjonene som konsultasjonsteamet hadde innenfor DBT-modellen. Videre kunne enkeltpersoner, samt nye teammedlemmer og teamene selv ha nytte av veiledningen i konsultasjonsteamet. Studien viste også at en slik veiledning nødvendigvis ikke bedret forholdene innen teamet, eller at konsultasjonsteamet hjalp klinikerer i arbeidet med DBT (ibid).

En studie, som vil nevnes kort her, handler i hovedsak om pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelser (Osborne & McComish, 2006). Den handler om hvordan sykepleiere kan ta i bruk DBT ovenfor denne pasientgruppen. Sykepleiere kunne benytte DBT enten individuelt eller i grupper, men samarbeid med behandlingsteamet var viktig for å monitorere klientens progresjon og behandling. (Denne vil ikke følge denne oppgaven, se kapittel 1.4.1).

2 Teoretisk referanseramme

Joyce Travelbees filosofi og sykepleietenkning har hatt stor innflytelse innen norsk sykepleierutdanning (Kristoffersen, 1996). Å *gjøre terapeutisk bruk av seg selv* er et velkjent begrep hos Travelbees sykepleietenkning. Hun var inspirert av eksistensiell filosofi og humanistisk psykologi. Ifølge Travelbee er hvert menneske et unikt individ, enestående og uerstattelig. Som individ tar mennesket del i fellesmenneskelige erfaringer. Opplevelsen av lidelse og tap er en fellesmenneskelig erfaring som er uunngåelig følger den menneskelige eksistens, men den enkeltes opplevelse av lidelsen er høyst personlig. Lidelse er en del av livet som alle mennesker før eller senere vil erfare. Travelbee mente mennesket søkte etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte og hun mente at mulighetene til personlig vekst og utvikling lå til grunn i disse prosessene. Travelbee påpekte at det er den subjektive opplevelsen av helse eller uhelse som er sentral hos mennesket. Et annet begrep som sto sentralt hos Travelbee, var *menneske-til-menneske-forhold* der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene. Et *menneske-til-menneske-forhold* etableres gjennom det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Det å fremme helse er viktig i tillegg til å mestre, bære og finne mening og håp. Faktorer som er knyttet til håp, er tillit, utholdenhet og mot. Travelbee var mere opptatt av å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon og meningen pasienten tillegger denne opplevelsen, enn å forholde seg til hans diagnose. Kommunikasjon står sentralt og er et viktig redskap i dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold. Det som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren var, ifølge Travelbee, er at hun bruker seg selv terapeutisk. Med det mener hun at sykepleieren bruker sin egen personlighet i samhandlingen med pasienten. Hensikten er å fremme forandring hos pasienten og forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere eller lindre pasientens plager. Selvinnsikt og selvforståelse, forståelse for menneskelig atferd og evne til å forutse både egen og andres atferd er viktige stikkord ifølge Travelbee (ibid).

Hans Georg Gadamer var inspirert av Hegels dialektikk og Heideggers fenomenologi (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010). Etter sine filosofistudier 1922 ble han elev hos Martin Heidegger, og det fikk en avgjørende betydning i hans utvikling videre. Boken *Sannhet og metode* er hovedverket innen den moderne filosofiske hermeneutikken og danner et teoretisk grunnlag for å forstå fortolkning. Ifølge Espen Schaanning, er denne boken et

opprør mot vitenskapeliggjøringen av human –og samfunnsvitenskapen (s. 9). Kritikken var rettet mot at human –og samfunnsvitenskapene gjorde menneskene til vitensobjekter. Man oppfordres til å *forstå* mennesket og ikke å forklare mennesket. Når man trer inn i en dialog med et annet menneske, beskuer et maleri eller leser teksten kommer man inn i et felles rom som beror på mening (s. 10). Gadamer forsøkte å beskrive hva som skjedde i slike møter og hva som muliggjør at de finner sted. Gadamer grep dypere inn i *sannhet* og hva som muliggjorde at noe framsto som sant. I likhet med Heidegger beskrev de sannhet – alethia etter dens greske opprinnelse og som betyr avdekning (s. 12). Sannhet er det som kommer til syne, eller det som åpenbarer seg, og som ifølge Gadamers sannhetsbegrep er knyttet til erfaring. Erfaring i den forstand at det skjer noe med oss når vi forstår noe. Når man har kommet til klarhet så er sannheten innlysende og Gadamer kalte en slik hendelse for en «sannhetshendelse» (ibid).

Aaron Antonovsky presenterer den salutogene modellen i *Unraveling the Mystery of Health*, eller den norske oversettelsen *Helsens Mysterium* (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begrepet «opplevelse av sammenheng» OAS eller SOC (sence of coherence), ble, ifølge Antonovsky selv, til ved en tilfeldighet. I en undersøkelse ble kvinner som deltok tilfeldigvis spurt om de hadde vært utsatt for opphold i konsentrasjonsleir. Det kom frem at en tredje del av kvinnene som hadde overlevd opphold i konsentrasjonsleir hadde forholdsvis god fysisk og mental helse. Dette ble starten for Antonovsky`s interesse for opplevelse av sammenheng (OAS) og hans helomvending i forskingsfokus. Antonvosky undret seg over hvordan mennesker kunne oppleve slike grusomheter og likevel ha det godt. En salutogen tilnærming er fremming av helse, mens en patologisk tilnærming ser på årsaker til at folk blir syke. Antonovsky snakker om helseperspektivet som et kontinuum mellom helse og uhelse og ikke et diktomi mellom friske og syke mennesker. I kontinuumet mellom uhelse og helse dreier det seg om å konsentrere seg om det syke mennesket og forsøke å gjenopprette god helse, utsette døden eller forebygge kronisk sykdom. I dikotomien mellom syke og friske handler det om å holde folk friske og hindre at de blir syke. Salutogenese handler om hvor på kontinuumet man befinner seg til enhver tid i helsespørsmålet. Salutogenese er ifølge Antonovsky læren om hvilke faktorer som underbygger og opprettholder helse og velvære. Stressfaktorer og motstandskraft indikerer i hvilke grad man opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar (ibid).

Psykologene Odd Harald Røkenes og Per-Halvard Hanssen er opptatt av kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012). I arbeidet med

mennesker er kommunikasjonen grunnleggende. En viktig del av arbeidet til fagpersoner er å skape gode møter og gode relasjoner. Like viktig som en god relasjon er fagpersonens væremåte og erfaringsbakgrunn. God kommunikasjon handler om å leve seg inn i andres verden og skape et opplevelsesfellesskap. Det å bygge relasjoner til andre mennesker og våge å være i situasjoner som er vanskelige, krever en kompetanse basert på god kommunikasjon (ibid).

Greta Marie Skau er opptatt av personlig kompetanse og at det er en viktig kompetanseform i arbeide med mennesker (Skau, 2017). Gjennom å utforske erfaringer, verdier, holdninger, tenkesett og væremåter utfordre Skau oss til kompetanseutvikling i skjæringspunktet mellom fag og person. Personlig kompetanse er en viktig del av profesjonaliteten særlig i møter med andre mennesker. Personlig kompetanse lar seg ikke måle, telle eller veie, men er sett som en kvalitativ dimensjon. Skau (2017) hevder at å være kompetent er samsvarende med personens skikkethet og kvalifikasjoner og oppgavens eller arbeidets karakter. Når Skau viser til kompetansetrekanten (Skau, 2017:58) består den av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og profesjonell kompetanse. Den teoretiske kunnskapen er faktakunnskaper og forskningsbasert viten. Her ligger kunnskapen om faget og relevansen for utøvelse av det. Det kan dreie seg om faglige begreper, modeller, behandlingsmetoder, forskningsmetodikk, etikk, sosiale forhold, lovverk, teorier m.m. Yrkesspesifikke ferdigheter handler ifølge Skau om praktiske ferdigheter, teknikker og metoder bestemmende for yrket. Det er avgjørende at man har den teoretiske kunnskapen inn i bunnen av dette. Personlig kompetanse er personlig og erfaringsbasert kunnskap. Den sier noe om hvem vi er som personer, i samspill med andre men også ovenfor oss selv. Selv om den ikke er yrkesspesifikk så utøver man denne kompetansen i yrket. Den kan være bestemmende i samspillet med andre mennesker om hvilke relasjoner som bygges eller motsatt. Man utvikler personlig kunnskap gjennom de erfaringer som gjøres (ibid).

Dag Øystein Nordanger og Hanne Cecilie Braaruds *Utviklingstraumer – regulering som nøkkelpbegrep i en ny traumepsykologi* beskriver en ny forståelse av hvordan traumer kommer til uttrykk og hvordan utsatte barn og unge best kan hjelpes (Nordanger & Braarud, 2017). Forfatterne fremmer et reguleringsperspektiv på traumatisering, hvor utviklingstraumatiserte barns vansker forstås som reguleringsvansker som har årsak i svikt i den regulerende omsorgen (s.12). Dette perspektivet er basert på nyere forskning innen nevrobiologiske studier. I denne boken legges Siegel`s toleransevindummodell (s. 39) til grunn (Siegel, 2012 i Nordanger & Braarud, 2017). Toleransevinduet viser en sone som representerer optimal

aktivering – ikke for høyt og ikke for lavt. Det er i denne sonen vi har en optimal oppmerksomhet mot andre mennesker og situasjoner vi er i, m.a.o., den mest optimale læringstilstanden. Er man over toleransegrensen, er man i en hyperaktivert tilstand med forhøyet hjerterate, respirasjon og muskeltonus. Er man under, er man i en hypoaktivert tilstand med redusert hjerterate, respirasjon og muskeltonus (Porges, 2007 i Nordanger & Braarud, 2017). Toleransevinduet som terapeutisk verktøy brukes i den direkte dialogen med de som trenger hjelp til regulering (Nordanger & Braarud, 2017:182). Modellen er også en psykoedukativ forklaringsmodell (s.180). Modellen kan benyttes som et felles møtepunkt for hjelpere rundt barnet fordi modellen tilbyr et språk som synligjør fellesnevnerne i innsatsen som gjøres på forskjellige arenaer som inngår i barnets omsorgssystem (ibid).

Miller, Rathus & Linehan (2007) gir en oversikt av DBT tilpasset for suicidal ungdom. De forklarer alle hva, hvorfor og hvordan man skal vurdere alvorlig emosjonell dysregulering i tenårene, bestemme behandlingsmuligheter, effektivt engasjere klienter og implementere nøye strukturerte individuelle, familie –og gruppeintervensjoner. De gir innsiktsfull veiledning om alt fra begynnelse til slutt i behandlingsøyemed. Problemer med oppstart og problemer underveis i DBT-programmet er også adressert. «Å finne mellomtingen» er en DBT-modul som introduseres som en ny ferdighetstrening for ungdommer i *Dialectical Behavior Therapy –with suicidal adolescents* (ibid).

Dimeff & Koerner diskuterer nåværende fremskritt i DBT i *Dialectical Behavior Therapy –in Clinical Practice* (Dimeff & Koerner, 2007). Ledende eksperter deler erfaringer fra omfattende praktisk erfaring og forskning som gir viktig innsikt i måter å implementere denne evidens-baserte tilnærmingen på i klinisk praksis.

Psykolog Anna Kåver og psykiater Åsa Nilsonne, er begge tilknyttet Karolinska instituttet (Kåver et al., 2005) og har skrevet boken *Dialektisk atferdsterapi –ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Der tar de for seg DBT, i likhet med de amerikanske forfatterne nevnt over, basert på Marsha Linehan grunnlegging av denne behandlingsformen. I boken brukes den norske benevnelsen DAT – Dialektisk atferdsterapi.

Jan Kåre Hummelvoll har satt fokus på miljøterapi og tverrfaglig samarbeid (Hummelvoll & Dahl, 2012). Det terapeutiske samfunnets framgang kom under krigsårene og ble introdusert av psykoanalytiker Tom Main. Forsøk med gruppebehandling førte til positive erfaringer. Man hadde fått en ny organisasjonsform for behandlingen som gjorde at man kunne utnytte de knappe ressursene bedre, men ikke minst hadde gruppeterapien en konstruktiv virkning på

den enkelte. Det terapeutiske samfunn skulle bidra til å skape et miljø i institusjonen som lignet samfunnet, men uten de uheldige sidene som storsamfunnet hadde. Det ideologiske innholdet bygde på prinsippene om likhet, demokratisering, fellesskap, solidaritet og realitetskonfrontering (ibid).

Jan Spurkeland's *Relasjonskompetanse – resultater gjennom samhandling*, kapittel 4, s.107-126, ser på gruppedialogen i team og prosjektgrupper (Spurkeland, 2005). Det handler om lagprestasjoner og om samarbeid. Spurkeland nevner at viktigheten av gode ledere i gruppedialoger. Det er flere faktorer som er vesentlige i gruppesamtalene, blant annet agendaer, begivenheter og lederen selv. Ledelse av gruppedialogen har noen fokusområder som er viktige. Dette handler om agenda, prosess, sanseinntrykk, observasjoner, konklusjoner og resultater. Spurkeland gir råd og coacher team og ledermøter. I hovedsak handler det om hvordan man kan bli god på relasjonskompetanse, det som gjør at vi kan samhandle med andre mennesker. Spurkeland mener at alle gode løsninger oppstår i relasjoner mellom samhandlende mennesker. Han er opptatt av hvordan man gjør andre god. Spurkeland hevder at team som ikke fungerer, er fordi det trenes for lite eller at det er for lite teamkompetanse. Han mener at relasjonskompetanse læres gjennom trening, og gir praktisk og teoretisk forståelse av hva som skal til for å lykkes bedre i samhandling med andre (ibid).

Sofia Åkermans *For å overleve -en bok om selvskading*, forteller om sine egne opplevelser både som selvskader og tiden etterpå (Åkerman & Plau, 2010). Hun begynte med selvskading allerede i 14-årsalderen. Åkerman forsøkte å få tak i bøker om selvskading på slutten av 90-tallet. Det viste seg å være vanskelig men fikk tak i del litteratur og eksperthjelp fra USA. Hun er nå forfatter, foreleser og utdannet sykepleier. Åkerman ønsket å bidra til kunnskapsutveksling og til å øke forståelsen av selvskading. Boken er skrevet ut fra et personlig perspektiv hvor hun deler erfaringer, teori og praktiske råd og er rettet mot de syke, deres pårørende og til skole –og helsepersonell (ibid). Sofia Åkerman har også skrevet en artikkel om *Terapeutisk allians som motivasjonsfaktor i DBT* (Åkerman, 2010). Relasjonen mellom terapeut og pasient er viktig, men også betydningsfull for å oppnå atferdsendring hos pasienten. Denne relasjonen er også viktig for at pasienten skal være motivert til å fullføre DBT-behandlingen. Ifølge Åkerman viser forskning at den terapeutiske alliansen mellom pasient og terapeut har større betydning for behandlingsresultatet, enn valget av terapeutisk teknikk. Ulike egenskaper ved terapeuten er også en viktig, ifølge denne artikkelen. Eksempelvis er terapeutens evne til å formidle ekthet og varme, fleksibilitet, og evne til å møte pasienten som et unikt individ uten at terapeuten var farget for mye av sine

forforståelser, er viktige egenskaper. Pasienter mente også at den profesjonelle fasaden ikke fikk være så sterk at det skjulte mennesket bakom. Det handler om balansen mellom å være et medmenneske og profesjonell, å lytte og forstå, og å formidle varme og engasjement. Det var også viktig at terapeuten behersket redskap og teknikker innenfor rammene for DBT.

Norge var et av de første land i verden som har iverksatt nasjonale tiltak for å forebygge selvmord (Helsedirektoratet, 2014). Den første handlingsplanen for forebygging av selvmord ble utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i 1993 og utkom allerede i 1994.

Kunnskapsoppsummeringen dannet grunnlaget for utarbeidelsen av Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* har et særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging spesielt rettet mot barn og unge, men også mot voksne og eldre. Den har 5 delmål som består av god psykisk helse og mestring i befolkningen, redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, et kunnskapsbasert tjenesteapparat og kunnskapsbaserte strategier og tiltak. Hovedmålet er å redusere selvmordsratene og forekomsten av selvskading i Norge. Det er det registrert over 500 selvmord pr. år. Det er omtrentlig 7-15 ganger høyere tall for selvskading.

Handlingsplanen er basert på kunnskapsbasert praksis men det er enda usikkert om hvilke intervensjoner og tiltak som er effektive i å forbygge selvmord og selvskading i befolkningen. Det etterspørres evalueringer og studier av effekt av de forskjellige tiltakene som er gjort.

Helsedirektoratet og andre samarbeidspartnere som departement, direktorat, kunnskaps- og kompetansemiljø er ansvarlige for det tiltakene i handlingsplanen gjennomføres. Ansvar for utøvelsen av psykisk helsearbeid og forebygging av selvmord og selvskading ligger på primær- og spesialisthelsetjenesten. Det pågående arbeidet i *Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* har en rekke tiltak i de forskjellige delmålene. Delmål 4 følger de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) bistår helseforetakene med implementering av retningslinjene i tjenestene. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) tilbyr kurs i klinisk suicidologi for psykologer og leger. NSSF har siden 2008 tilbudt utdanningsprogram i dialektisk atferdsterapi (DBT) for terapeuter som møter ungdom og voksne med gjentatt selvskadende atferd og emosjonell dysregulering ved depresjon, rusproblematikk og spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet gir årlige tildelinger til drift og utvikling (ibid).

3 Metodekapittel

3.1 Valg av forskningsmetode

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011:26). Fenomenologi er en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011:45). Kvalitative metoder hører til i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon som handler om tolkning av meninger i menneskelig uttrykk (Malterud, 2011:44). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik de oppleves for de involverte selv. Det handler om systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der prosessen er synlig og resultatene deles med andre. Hensikten er å overføre kunnskap. Hun nevner videre at kvalitative metoder kan benyttes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventinger, motiver og holdninger (ibid). På grunnlag av forskerspørsmålet i min studie, valgte jeg, en kvalitativ metode med dybdeintervju. Malterud (2011:29) oppfordrer forskeren til å velge forskningsmetode ut ifra hva som er mest relevant for formålet. Ifølge Malterud (2011:129) er intervjuer med individuelle deltakere såkalte dybde-intervju eller semistrukturerte intervjuer. Jeg hadde fire deltakere, og intervjuene ble gjennomført ved hjelp av lydopptaker. Det var to menn og to kvinner med i denne studien. Alle var spesialsykepleiere i psykisk helsearbeid, med videreutdanning i DBT.

Forståelsen av hermeneutikken tilhører, ifølge Gadamer, menneskets verdenserfaring og er ikke bare vitenskapelig forståelse og utlegging av tekster (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010). Når en forstår overleveringen, tilegner man seg innsikt og erkjenner sannheter. Ifølge Gadamer så var det ingen sikker erkjennelse eller sannhet som kunne vitenskapelig bevises, men forståelse hadde noe å gjøre med menneskers forhold til verden. Gadamer hevdet at innsikter og forståelser vanskelig kunne måles vitenskapelig. Eksempelvis kunne man i kunstverket tilegne seg en forståelse som ikke kunne erfares eller tilegnes på noe annet vis (ibid). I arbeidet med studien min, var det deltagernes opplevelser av egne erfaringer som var det essensielle og det unike. Jeg ønsket å få frem en forståelse for *hva* sykepleierne i DBT-teamet erfarte som viktig i arbeidet med selvskadende og suicidal ungdom. Malterud (2011:28) nevner at målet med kvalitativ metode er å oppnå en forståelse, og ikke en forklaring.

3.2 Kartlegging av utvalg, inkluderings- og ekskluderingskriterier

Jeg hadde foretatt telefonisk kontakt med de instanser som var aktuelle for deltagelse i prosjektet. Jeg gikk ut i fra Dialektisk atferdsterapis nettsider og brukte disse for å komme frem til antall sykepleiere som arbeidet med ungdom under 18 år i DBT-team (Dialektisk atferdsterapi, u. å.). Nettsiden viste en oversikt over aktive DBT-team pr august 2017. Jeg ringte de forskjellige teamlederne for DBT-teamene og fortalte kort om prosjektet, og hva jeg skulle skrive om. Dette ble gjort for å kartlegge antall sykepleiere i DBT-team som arbeidet i med ungdom. Jeg fikk kontaktinformasjon til deres enhetsledere for videre kontakt for å få deltagere til studien min. Resultatet av denne kartleggingen ble 12 sykepleiere som arbeidet med Dialektisk atferdsterapi med ungdom under 18 år på landsbasis pr august 2017. Det fantes også DBT-team som ikke var aktive høsten 2017 av ukjent årsak.

Pr 2. februar 2018 er det 30 team og 147 DBT-terapeuter (Dialektisk atferdsterapi, u. å.). Av disse jobber ca 19 DBT-team med ungdom under 18 år. Da er ikke DBT-team under utdanning tatt med. Hvor mange av de til sammen 147 terapeutene som er sykepleiere, vites ikke.

Inkluderingskriterier var sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som arbeidet med ungdom mellom 12-18 år i DBT-team.

Ekskluderingskriterier var voksenpsykiatri, andre yrkesprofesjoner og terapeutstillinger er utelatt.

Jeg sendte et informasjonsbrev til hver av enhetsledere/ledere på arbeidsplassene. Der ønsket jeg at enhetsleder/leder kunne finne egnede kandidater, og kandidater som ønsket å stille frivillig opp i prosjektet. I brevene la jeg ved ferdig frankerte konvolutter, inneholdende informasjonsbrev og samtykkeskjema (vedlegg 2 og 3), slik at deltakere ikke skulle ha unødvendige utgifter for å være med i dette prosjektet.

3.3 Intervjuguiden

Samtaler mellom mennesker er både en sosial samhandling, men også en informasjonsutveksling (Malterud, 2011:129). Intervjuguiden er, ifølge Malterud, en huskeliste som dekker temaer vi ønsker data om. Intervjuguiden (vedlegg 4) i min studie belyser forskjellige temaer. Temaene dreier seg om sykepleiernes erfaringer og kompetanse, sykepleiernes erfaring med pasienter i DBT og sykepleiernes erfaring med DBT-teamets

konsultasjonsteam. Underveis ble intervjuguiden endret. Dette dreide seg om enkelte av spørsmålene ble omformulert, eller at det ble flere oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene mine skulle ikke være ledende, men åpne slik at deltagerne kunne snakke fritt om sine erfaringer. Malterud (2011:130) påpeker viktigheten av at forskeren er klar over sin egen forforståelse, og ikke styrer samtalen i den retningen. Hun mener at derimot at kunsten å stille de rette spørsmålene krever at forskeren er tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid. Samtidig påpeker hun viktigheten av at intervjuet er strukturert (ibid). Min erfaring under intervjuene var at deltagerne snakket villig om sine erfaringer. Når jeg ikke hadde for mye fokus på rekkefølgen i intervjuguiden, men heller fulgte deltakerne i samtale, så fløt samtale bedre.

3.4 Gjennomføring av pilot-intervju, intervjuer og datainnsamling

Alle intervjuene ble gjort med lydopptaker, også pilotintervjuet. Meningen var å gjøre pilot-intervjuet så realistisk som mulig. Jeg hadde på forhånd tilpasset spørsmålene til prøvedeltakers erfaringsbakgrunn, siden hun ikke kjente til DBT som metode. Pilotintervjuet ble gjennomført på en kollega på min arbeidsplass. Hun hadde videreutdanning i psykisk helse. Planen var å bli kjent med intervjuets form og kanskje få noen tilbakemeldinger på eventuelle spørsmålsformuleringer og min egen rolle i intervjusituasjonen.

Tilbakemeldingene ble tatt til etterretning, både de positive og negative. Prøvedeltaker følte seg godt ivaretatt og hun følte at hun hadde noe å fortelle. Hun fortalte at jeg, som intervjuer, hadde en egen ro og en behagelig stemme. Piloten nevnte en viss nervøsitet på grunn av at samtalen ble tatt opp på lydopptaker, men dette ble bedre etter hvert i pilotintervjuet.

Tre av fire intervju ble foretatt som individuelle og personlige intervju. Jeg reiste til deres arbeidsplass og foretok intervjuene der. De tre første intervjuene ble gjennomført i løpet av november og desember 2017. Det siste intervjuet ble gjennomført i januar 2018, og ble foretatt over telefon. Jeg hadde møtt to av deltakerne før i praksissammenheng.

Malterud mener at ved å snakke med mennesker får man et direkte innsyn i erfaringer (Malterud, 2011). Intervjusituasjonens fortrolighet og ro kan være med på å skape en god ramme for historier og erfaringer. Forskerkompetanse må læres og utvikles ved at man lytter med et åpent sinn. Samtalen bør foregå på en måte der forskeren ikke har svarene på forhånd og at deltageren føler seg trygg og ivaretatt (ibid). I mine intervjusituasjoner gjorde jeg deltagerne oppmerksom på at vi underveis kunne ta pauser. Dette for å minske eventuelt press

som deltager kunne befinne seg under. Det ble også avtalt at jeg kunne ringe vedkommende hvis jeg syntes noe var uklart i intervjuet. Malterud (2011:69) beskriver viktigheten av å fange opp inntrykk og ettertanker som ikke lydopptaket fanger opp og som forskeren skriftliggjør underveis i intervjuet. Det kan være refleksjoner om hvorfor samtalen tok et bestemt forløp (ibid). Før intervjuene startet, informerte jeg deltakerne om at jeg kom til å ta notater underveis i intervjuene. Disse notatene brukte jeg til å komme med oppfølgingsspørsmål.

3.4.1 Presentasjon av deltagerne

Sykepleier (1), mann, 30 års erfaring som sykepleier. Videreutdanning i familierapi, psykisk helsearbeid og DBT.

Sykepleier (2), mann, 44 års erfaring som sykepleier. Videreutdanning i familierapi, psykiatrisk sykepleie og DBT.

Sykepleier (3), kvinne, 15 års erfaring som sykepleier. Videreutdanning i psykisk helsearbeid og DBT.

Sykepleier (4), kvinne, 25 års erfaring som sykepleie. Videreutdanning i anestesi, psykisk helse, pedagogikk og ledelse, DBT og kognitiv terapi.

3.5 Transkripsjon

Malterud (2011:75) beskriver den kvalitative forskningsprosessen der virkelighet blir til tekst utfra observasjon eller samtale. Disse rådataene skal deretter bearbeides og organiseres slik at de er tilgjengelig for analyse. Teksten er ikke virkeligheten, men en slags fortolkning av virkeligheten slik den utspant seg der og da. Ifølge Malterud kan empiriske data stamme fra forskjellige kilder. Dataene skal legges sammen og systematiseres til et større puslespill hvor feltnotater, lyd -eller video-opptak dokumenterer og utfyller erkjennelser og erindringer. Tale gjøres om til tekst og ryddes slik at helheten og meningen blir tilgjengelig for analyse. I analysen stilles det krav om validitet og refleksivitet (kapittel 3.7 - 3.10). Dataene skal utgjøre et bindemiddel mellom erfaring og analyse og gode feltnotater inneholder beskrivelser og kommentarer. Disse beskrivelsene er preget av forskerens ståsted. Nonverbal kommunikasjon vil ikke fanges opp av lydbåndopptak og da er det opptil forskeren å gjenskape så korrekt som mulig det som foregikk i situasjonen (ibid). I min studie benyttet jeg lydopptaker og transkriberte på deltakernes dialekt. Under arbeidet med transkriberingen har jeg forsøkt på å holde hele intervjuet så «rent» som mulig. Det ble transkribert på deres egen dialekt og dette

var for å holde fortellingene så tett opptil virkeligheten som mulig. Lange pauser ble merket med Eh-er, øher (nøleord) og kremtinger er også tatt med og innimellom har jeg skrevet i parentes fortolkninger av situasjonen slik jeg oppfattet det. Noen eksempler er: *deltager nøler, smiler/ler, deltaker svarer bekræftende underveis i spørsmålet, deltaker ser tankefull ut.* Når jeg leser igjennom råmaterialet så er jeg nesten tilbake i intervjusituasjon. Hensikten min var å forsøke å gjenskape det best mulig korrekte bildet av situasjonen og historiene. Malterud (2011:76) påpeker at formålet med transkriberingen er få frem det deltakeren hadde til hensikt å meddele. I tillegg er samtalens naturlige kontekst med på å strukturere muntlige uttrykk som kan virke ufullstendig når det gjøres om til skriftlig materiale. Malterud hevder at selv den mest nøyaktige transkripsjon bare kan gi et avgrenset bilde av virkeligheten. Det er opptil forskeren å avgjøre hvilke transkripsjonsprosedyrer som best ivaretar dette på en pålitelig og gyldig måte (ibid). Under transkripsjonen oppdaget jeg at enkelte av mine egne formuleringer hadde ufullstendige setninger.

Malterud (2011:75-76) nevner at en kvalitativ analyse alltid innebærer en form for teksttolkning. Hun påpeker også at forskeren må være forsiktig med egne tolkninger hvis noe i teksten er usikkert. Malterud mener at når muntlig samtale omsettes til tekst, skjer det bestandig en fordreining av hendelsen (ibid). Dette er noe jeg tok hensyn til, da spesielt under tekstreduksjonen i analysedelen. Jeg gikk ofte tilbake til selve teksten og leste den flere ganger. Noen ganger lyttet jeg til lydopptaket hvis jeg var usikker på om jeg hadde tolket feil.

Det har vært en meget tidkrevende prosess å transkribere. Det ble til sammen ca 40 sider med enkel linjeavstand, skriftstørrelse 12. Malterud (2011:78) nevner at det, under utskrifts arbeidet, vil være en del «dødt materiale». Det er det Malterud kaller data av svak eller vekslende kvalitet (ibid). Det var nok en del «dødt materiale» i mitt tekstmateriale. Slik jeg ser det nå, så var flere av svarene deltakerne kom med, noe jeg kunne ha fulgt bedre opp. I utgangspunktet hadde jeg et ganske stort materiale, så det ble mange funn allikevel. Malterud (2011:78) oppfordrer forskeren til å vise respekt for denne fasen av forskningsprosessen fordi det dreier seg både om å filtrere og om å tolke. Selv om det kan virke som et veldig teknisk arbeide er det like fullt en fare for at forskeren vil kunne påvirke materialet eller meningen i teksten (ibid).

3.6 Analyse av data

Oppdagelsen under analysearbeidet var at dette var en modningsprosess. For mitt vedkommende brukte jeg lang tid på selve analysedelen. Jeg brukte også tid på å forstå at man ikke kunne ta med absolutt alle funn som kom ut av dette materialet. Jeg følte et ansvar ovenfor deltakerne som hadde vært med i prosjektet, og ville ha med alle funnene som datainnsamlingen generte. Malterud (2011:93) nevner akkurat dette jeg sto ovenfor, nemlig at nybegynneren viser lojalitet ovenfor deltakerne og må senere foreta «smertefulle» avgrensninger. Analytisk reduksjon innebærer abstraksjon og analyse av kvalitative data handler om *dekontekstualisering* og *rekontekstualisering*. Dekontekstualisering er, ifølge Malterud, å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som forteller noe om det samme. I rekontekstualiseringen skal vi sette sammen bitene i den sammenhengen det ble hentet ut i fra (ibid). Rådataene i min studie var på ca 20 sider, med enkel linjeavstand, skriftstørrelse 12, ble redusert til 9 sider med enkel linjeavstand og skriftstørrelse 12.

«Klesvask som metafor» handler om hvordan forskeren kan systematisere datamaterialet (Malterud, 2011:98). Prosedyrene i systematisk tekstkondensering demonstreres ved hjelp av metaforen om klesvask og sier noe om de fire analysetrinnene. Første trinn handler om å bli kjent med materialet (Malterud, 2011: 98-100). Det første steget for meg, var å lese igjennom teksten flere ganger. Jeg fikk en oversikt over materialet mitt. Malterud (2011:98) påpeker at er det viktig at forskeren i dette stadiet legger bort sin forforståelse og teoretiske referanseramme. Jeg fant seks foreløpige temaer ved gjennomlesningen som jeg noterte ned. Det var i dette trinnet at jeg byttet fokus i min problemstilling. Jeg hadde i problemstillingen valgt å fokusere på hvilke *utfordringer* sykepleiere erfarte, men det endret jeg til *viktighet*, eller hva sykepleiere anser som *viktig* i dette arbeide. Jeg delte inn de fire deltakerne i forskjellige fargekoder. Andre trinn handler om å finne meningsbærende enheter og påbegynne kodingen (Malterud, 2011 :100-104). Jeg valgte ut elementer i teksten som hadde potensiell kunnskapskraft eller meningsbærende enheter. Jeg brukte, som sagt, fargekoder for å skille hvert intervju og den respektive deltakers utsagn. Jeg valgte ut meningsbærende enheter som hadde en sammenheng med de foreløpige temaene som jeg fant i trinn 1. Etter hvert i denne prosessen fant jeg ut at jeg kunne minske antall tema. Kodegruppene jeg hadde ble også justert, både i antall og formuleringer. Malterud (2011:103) nevner at blir det for mye dobbelt- og trippelkoding, kan årsaken være at kodene ikke er presise nok. Hun råder da forskeren til å gå noen skritt tilbake og vurdere om kodene kan reformuleres eller slås

sammen (ibid). Jeg brukte mye tid på analysen og begynte analysearbeidet på nytt opptil flere ganger. I tredje trinn handler det om å abstrahere kunnskapen som er etablert i andre trinn og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2011: 104-106). Hver kodegruppe deles inn i sub-grupper. Her skal vi systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (ibid). Det ble til sammen 8 kodegrupper i min analyse. Jeg systematiserte og kodet de meningsbærende enhetene. I denne prosessen er innholdet kondensert og kodet sammen. Jeg gikk tilbake i alle stegene for å forsikre meg om at alt var lagt i de rette «skuffer» og dannet etter hvert sub-grupper. Det ble til sammen 8 sub-grupper, også kalt kondensater. Et kondensat er et kunstig sitat (Malterud, 2011:106) og skal gjenfortelle og sammenfatte det som er i den aktuelle sub-gruppen. Helst skal deltakernes egne ord og begreper benyttes (ibid). I analysens fjerde trinn skal vi rekontekstualisere, eller sette sammen bitene igjen (Malterud, 2011:107-109). Vi skal sammenfatte det vi har funnet i form av gjenfortellinger. Dette kan lage grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Her oppfordrer Malterud oss til å se nøye på om det er sammenheng fra den opprinnelige tekst og mening. Det skal lages en analytisk tekst for hver kodegruppe basert på den kondenserte teksten eller sitatene som gjenforteller teksten i tredjepersons-form. I dette trinnet av analysen, kan eventuelt et «gullisitat» brukes for å illustrere deler av den analytiske teksten (ibid). I mitt materialet ble det brukt et par gullisitat som illustrerte meningsinnholdet. I dette fjerde trinnet gis den analytiske teksten en overskrift (Malterud, 2011:108). Dette kan være eksisterende begreper, eller at det er utviklet nye begreper. Overskriftene, eller kategoriene, er sluttresultatet og er en sammenfatning av hele analysedelen. Analysen er ikke helt ferdig før funnene valideres i forhold til den sammenhengen som de var hentet ut fra (ibid). Gjennom hele analyseprosessen gikk jeg flere ganger tilbake til de opprinnelige utskriftene og leste igjennom dem. Dette ble gjort for å forsikre meg om at jeg ikke hadde oversett noe. Jeg arbeidet både manuelt (klipt og limt med papir og saks), og har klipt og limt med datamaskinen under analyse arbeidet. Analyseprosessen er skjematisk fremstilt i vedlegg 1.

3.7 Forskerollen

Det er mange ting forskeren må ta stilling til i forskningsprosessen. Malterud viser til hvordan forskerens faglige interesser, motiver og personlige erfaringer kan være med på å avgjøre hvilke temaer eller hvilken problemstillinger en forsker velger (Malterud, 2011:37). Hun påpeker at spørsmålet er ikke *hvorvidt* forskeren påvirker prosessen, men *hvordan*. Malterud

mener at forskeren påvirker materialet på ulike måter, enten det dreier seg om samtaler, datainnsamlinger eller forskningsmetoder. Det er, ifølge henne, viktig å lete etter hva man selv må legge til side for å være i stand til å gjengi deltakerens historie på en lojal måte (ibid). *Nøytral, nysgjerrig og nærværende* var tre ord som jeg bestemte meg å ha i minne under selve intervjuene eller samtalene. *Nøytral* i den forstand at jeg ikke skulle stille ledende spørsmål eller påvirke et eventuelt resultat på forhånd. *Nysgjerrig* fordi jeg hadde et genuint ønske om å få ta del i deltagerens erfaringer og kunnskaper. *Nærværende* for at jeg ønsket at samtalene skulle være fundamentert på gjensidig respekt og at jeg skulle lage en så god ramme rundt samtalene som mulig.

Tolkning er sentralt i den kvalitative forskningsprosessen (Malterud, 2011:39). Det viktigste redskapet for tolkning, er forskeren selv. Når forskeren leser sitt materiale og ser etter mønstre, beror det på forskerens egen evne til å lese og gjenkjenne mønstre. Malterud mener at forskeren aktivt må gå inn for å gjøre seg kjent med sin egen rolle. Forskeren må eksplisitt gjøre rede for sin innflytelse og ta stilling til hva dette utgjør i prosessen (ibid). I mitt materiale har jeg gjort rede for min status som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har gjort rede for min kjennskap til DBT, og som var relatert til at jeg hadde fått delta i DBT-arbeidet som observatør gjennom min praksisperiode i masterutdanningen. Min forforståelse har jeg skrevet litt om innledningsvis og gjort nærmere rede for i kapittel 3.8.

Malterud (2011:19) nevner at nærhet til temaet eller problemstillingen i prosjektet, kan gjøre kritisk refleksjon vanskelig. Hun stiller spørsmål om hvilke «briller» forskeren har på seg når han leser sine data. Det handler også om hvilke forventninger man har til både observasjoner og tolkninger, og hvordan dette kan påvirke kunnskapsutviklingen (ibid). Det er essensielt å være refleksiv over sin egen forskerrolle i samtalene med deltakerne. Sykepleierne delte sine erfaringer og det var min oppgave i rollen som forsker å gjengi den opprinnelige mening og hensikt på best mulig og korrekt måte. Min erfaring var at ordet *samtale* passet bedre enn *intervju* fordi jeg opplevde at det var samtalen som gjorde det mulig å få et innblikk i deltagerens erfaringer og kunnskaper.

3.8 Forskerens forforståelse

Forforståelse er den forståelsen vi har med oss inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2011:40). Denne forforståelsen kan påvirke måten vi samler og leser vår data på. Dette kan være både

positivt og negativt. Positivt kan det nære og styrke prosjektet. Negativt kan våre erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen, være hindringer som gjør at vi ikke lærer noe nytt i prosessen eller av vårt datamateriale. Den teoretiske referanserammen er de «brillene» forskeren har på når han leser sine data og identifiserer sine mønstre (ibid). Min forforståelse handlet om, som sagt tidligere, at jeg er spesialsykepleier i psykisk helsearbeid. Siden jeg fikk være med som observatør i DBT-teamet, fikk jeg noen kunnskaper om Dialektisk atferdsterapi. Av tidligere forskning som er gjort på DBT, hadde jeg en forforståelse at det var en behandling som hadde god effekt på mange forskjellige pasientgrupper. Min forforståelse handlet ikke bare om mine tanker om ungdommer som hadde problemer, men også at jeg selv var en tenåringsmor. Det var lett å relatere seg til foreldrerollen og fortvilelsen som mange av foreldrene hadde. Det handlet også om hva jeg tenkte om det å være instrumentell i situasjoner der unge mennesker skadet seg, hva slags omsorg man skulle gi dem og den grensetingen som ble utført. Jeg følte på en slags iboende trang til å trøste når de hadde det vondt. Det følte rart å skulle opptre instrumentelt da. Dette stod i sterk kontrast til det jeg var vant med fra eldreomsorgen. Der var fokuset på trøst og lindring. I begynnelsen undret jeg på om det var rett, eller ikke, å fjerne farlige redskaper som ungdommene brukte til å skade seg. Jeg møtte frykten og redselen i meg selv, frykten for at ungdommene kunne skade seg alvorlig og i verste fall dø. Jeg lærte meg å tørre å stole på de tilnæringsmåtene og metodene de brukte. Jeg lærte meg å forstå viktigheten, både at alle jobbet likt og betydningen av å opptre *instrumentelt- og med empati*. Begrepet «*instrumentell –og med empati*» vil bli nærmere omtalt i kapittel 4.1.2 og 5.1.2.

Det kan være lurt, ifølge Malterud (2011:41), å skrive ned sine forventninger før man går i gang med prosjektet. Dette kan dreie seg om mine egne erfaringer om emnet, hvilke forventninger jeg har til funnene, og hvilken teoretisk referanseramme som er med meg inn i prosjektet. En vanlig feil mange gjør, ifølge Malterud, er å tillate forforståelsen å overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha gitt (ibid). Selv om jeg hadde visse forventninger om resultater på forhånd, dukket det også opp mange funn som jeg ikke hadde forventet eller tenkt på i forkant av intervjuene.

Å ha en forforståelse er basert på tidligere kunnskap om noe. Heidegger beskrev den hermeneutiske sirkel slik:

«Sirkelen må ikke trekkes ned til et vitiosum, selv om det bare er et tolerert vitiosum. Sirkelen skjuler en positiv mulighet til en opprinnelig erkjennelse, men denne muligheten blir riktignok bare grepet på en ekte måte når utlegningen har forstått at

dens første, vedvarende og siste oppgave er å ikke la innfall og folkelige begreper på forhånd bestemme den forutgående besittelsen, det forutgående synet og det forutgående grepet, men å sikre det vitenskapelige temaet gjennom å utarbeide forstrukturen ut fra sakene selv» (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010:303).

Oppfordringen ligger i å fastholde blikket mot saken. Man får en første mening fordi man har visse forventninger til en bestemt mening. Revidering av en tekst vil fremkalle en ny mening helt til meningen er entydig. De forutgående begrepene vil bli erstattet med mer adekvate begreper og vil utgjøre en ny forståelse sett i lyset av selve saken. Man advares mot å villedes av for-oppfatninger som ikke har noe egentlig med saken å gjøre (ibid). Dette kan jeg kan relatere til trinnene i analyseringsprosessen. Jeg gikk tilbake til råmaterialet i flere omganger for å forsikre meg om at jeg hadde forstått meningen. Det var viktig å ha problemstillingen foran seg og å ha identifisert mine egne forforståelser.

3.9 Ethiske overveielser

Det stilles strenge krav til informert samtykke i forskning (Malterud, 2011:204-208). Deltaker skal kjenne prosjektet godt nok til å ta stilling til deltakelse. Malterud nevner reservasjonsrett og mulighet for å trekke seg fra prosjektet. Anonymiteten skal ivaretas på tilfredsstillende måte og uten risiko for gjenkjenning. Datatilsynet gir regler og prosedyrer som forutsetter at materialet oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående (ibid). Etter at enhetsledere/ledere hadde funnet deltakere, fikk deltakerne et informasjonsbrev (vedlegg 2) som inneholdt informasjon om bakgrunn og formål med studien. I dette brevet ble det opplyst at det var en kvalitativ studie med dybdeintervju med ca varighet på 45-60 minutter. Jeg opplyste om at intervjuene ble tatt opp på lydfil og at jeg ville ivareta alle hensyn til anonymitet og personvern. Jeg informerte om at alle personopplysningene ville bli behandlet konfidensielt og alt materiale og lydopptak forsvarlig ivaretatt etter gjeldene regler. Etter prosjektets slutt vil datamaterialet og lydfiler slettes. Det ble opplyst at det var frivillig deltakelse og deltaker hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn. Alt materiale, samtykkeerklæringene og lydfilene har vært nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Datamaskinen har vært og er beskyttet med brukernavn og passord.

Malterud (2011:207-208) henviser til søknader og godkjenninger, som *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK). Mitt prosjekt kom ikke under REK's forskrifter. Jeg skulle ikke behandle sensitive opplysninger eller forske på pasienter. Jeg

skulle forske på helsepersonell og da var *Norsk senter for forskningsdata* (NSD) den instansen som behandlet min søknad. Søknaden til NSD ble sendt 19. september 2017 og godkjent i 9. oktober 2017 (vedlegg 5).

Malterud (2011:207) nevner at Helsinkideklarasjonen ikke omfatter helsepersonell på samme måte som den beskytter pasienter. Dette pålegger forskeren å bruke skjønn for å utøve god og ansvarlig forskningsetikk (ibid). I min studie er det forsket i eget arbeidsfelt. Jeg har ivaretatt alle hensyn for ikke å sette yrkeskollegaer i dårlig lys eller på annen måte eksponert noen på en negativ måte.

Datainnsamlingen har en personlig karakter som fordrer gjensidig tillit og respekt kvalitativ forskning (Malterud, 2011). I kvalitativ forskning er det fire former for risiko eller belastning som deltakere kan utsettes for, og kan dreie seg om psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (Richards & Schwartz i Malterud, 2011:201). I mitt materiale kan risikoen for at jeg har misforstått materialet vært til stede. Siden det er få DBT-team i Norge, kan faren for gjenkjennelse vært til stede. Jeg har jeg tatt hensyn dette med tanke på anonymisering.

3.10 Studiens troverdighet og overførbarhet

Malterud (2011:17) forteller at kunnskapen om kunnskapen – epistemologien – er den som gir grobunn for ydmykhet, ettertanke og nye spørsmål. Den kan også være med på å drive forskningen videre. Medisinsk forskning har begrenset holdbarhet og vitenskapelig kunnskap er heller ikke evige sannheter. Kravet om relevans er, ifølge Malterud, en forventning om at vitenskapelig kunnskap skal bringe ny erkjennelse som kan brukes til noe. Forskeren ønsker at andre skal kunne dra lærdom av det arbeidet som er gjort, også når det gjelder overførbarheten av kunnskapen som er utviklet (ibid). Studien min viser til lite forskning på sykepleieerfaringer i DBT-team i arbeid med selvskadende og suicidal ungdom under 18 år. De fleste studiene jeg fant var store, oftest kvantitative, og de dreide seg om effekten av behandling. Så spørsmålet mitt er om det er behov for akkurat denne vinklingen som min studie har? Hadde problemstillingen min rett fokus for å gjøre gode funn? Hvilken overføringsverdi vil funnene ha for eventuelt videre forskning? Malterud (2011:20-21) hevder videre at kravet om relevans kan like gjerne omfatte en ny problemstilling like mye som resultatene som kommer ut av det. En ny problemstilling kan bidra til en ny kunnskapsutvikling (ibid). Jeg endret fokus i min problemstilling underveis i

datainnsamlingen. I stedet for å fokusere på *utfordringer*, fokuserte jeg på hva sykepleierne anså som *viktig* i deres arbeid.

Malterud (2011:21) hevder at ingen kunnskap er allmenngyldig. Forskeren skal overveie validiteten av *hva* studien forteller noe om, og *hvilken* overførbarhet den har. Hun mener også at overveielser om validitet skal gjøres i planleggingsfasen og underveis i forskningsprosessen (ibid). Jeg har i mitt arbeide med studien, overveid relevans, validitet og overførbarhet. Jeg har klargjort min egen rolle og forforståelse. Jeg har forsøkt å være etterrettelig i min fremgangsmåte og beskrivelsen av denne.

4 Presentasjon av resultater

Noen av spørsmålene som sykepleierne innledningsvis ble spurt om, dreide seg om hvilke utfordringer sykepleierne sto over for når det gjaldt ungdommene *før* behandling med DBT. De fleste av sykepleierne rapporterte om selvskading eller selvmordsproblematikk. Det var akutte innleggelser og mye drama, som flere av deltakerne beskrev det. De fortalte om ustabile, selvskadende ungdommer med selvmordsproblematikk som ble innlagt akutt ved deres enhet. Alle sykepleierne hadde lang erfaring med flere videreutdanninger. Flere av sykepleierne nevnte at de ønsket mere tid og ressurser i arbeidet med DBT. Noen jobbet 20 %, andre 50% i DBT og i tillegg jobbet de i sengeposten eller andre avdelinger tilknyttet enheten.

Før DBT ble innført som behandlingsform på deres enhet hadde de prøvd flere typer behandling med lite effekt. Innleggelser virket destabiliserende og mange hadde prøvd andre måter i forsøk på å behandle disse pasientene. Ingenting av dette hadde hatt nevneverdig effekt.

Med bakgrunn i analysen ble deltageres erfaringer først tematisert, deretter kodet og kategorisert.

Analysen resulterte i kategoriene:

- Samlet profesjonell kompetanse
- Håp og mestring
- Betydningen av metode

4.1 Sykepleiernes møte med egen kompetanse og erfaring

4.1.1 Den profesjonelle sykepleier

På spørsmål om hva som kjennetegnet viktig kompetanse for å jobbe med selvdestruktive og suicidale ungdommer mente en sykepleier (4) at hvis man var vant å jobbe med akuttmedisin, så ervervet man kunnskaper og forståelse for kritiske situasjoner. Det å identifisere kritiske situasjoner var en viktig del av arbeidet med suicidale ungdommer. Sykepleieren mente det var en fordel å ha jobbet f.eks. på akuttmottak. Man måtte tåle å se blod, tenke rasjonelt og behandle skader og sår. Sykepleier (4) mente at sykepleierne som yrkesgruppe, hadde bredere

praksis og skolering. Farmakologi, eller læren om legemidler, var en fordel. Med det mente hun at mange av ungdommene kom akutt inn på sengepostene med intox, enten ved overdose av tabletter eller rusmidler, og at det var i slike situasjoner viktig å også ha en både en somatisk forståelse i dette arbeidet. Det å kunne behandle skader og kutting instrumentelt er en viktig del av arbeidet med ungdommer, spesielt på sengepostene, mente sykepleier (4).

Sykepleier (2) hevdet at man må tåle å stå med *det ene benet i døden* fordi dette er en gruppe pasienter som strever med kronisk suicidale tanker som er til stede nesten hele tiden. Erfaringen bunnset også i å stå i nettopp denne problematikken uten å få panikk. Utfordringen var knyttet til å klare å hjelpe ungdommene som slet med suicidale tanker. Spesielt utfordrende var dette i oppstarten av DBT å kunne stole på metoden, å ikke bli impulsiv som hjelper i dette. Sykepleier (1) fortalte at av og til kunne det oppstå mye drama rundt ungdommene og mente at det var noe som sykepleier (1) håndterte dårlig. Da var hans fokus på å stabilisere seg selv først før han kunne stabilisere andre. Sykepleier (1) mente det var viktig å være tydelig ovenfor ungdommene og ikke bli for utydelig og forsiktig. Man måtte utfordre og samtidig sette grenser.

Personlig egnethet og evnen til oppøve kunnskap og forståelse til å håndtere vanskelige situasjoner var også et tema. Sykepleier (1) fortalte:

«Folk behøver ikke leve mitt liv for å ha det bra, fordi det er så mange måter å ha det bra på, på samme måten som det er mange måter å ha det dårlig på».

Det var en erfaring han viste til fra å ha å jobbet i hjemmesykepleien. Flere av sykepleierne nevnte at det var viktig å ha fokus på selvregulering av egne følelser før man kunne arbeide med andre mennesker. Noen av sykepleierne mente at sykepleiere som yrkesgruppe er bedre rustet til å takle utfordringer som man kan stå ovenfor i arbeidet med selvskadende og suicidale ungdommer. Alle sykepleierne mente også at personlige egenskaper var viktig i arbeidet deres. Sykepleier (2) fortalte om at selv om mange av ungdommene slet med f.eks. etterreaksjoner etter alle typer vold (fysisk vold, seksuell vold og psykisk vold), så klarte allikevel mange av disse ungdommene å endre atferden sin, bli bedre emosjonelt regulerte og styre sin impulsivitet eller håndterte vanskeligheter på en annen måte. Sykepleier (2) beskrev det som fenomenalt å se slike endringer. Sykepleier (3) fortalte om viktigheten av personlige egenskaper:

«I tillegg til å være profesjonell og være psykiatrisk sykepleier så har jeg jo noen egenskaper som er bare det at «jeg er meg»».

4.1.2 Konstruktiv omsorg eller destruktiv ansvarsovertakelse? «Å være instrumentell – og med empati»

Sykepleier (4) sa at det en fordel å ha jobbet med akuttmedisin og at det var viktig i dette arbeidet. Sitat:

«Siden jeg er utdannet innenfor det akutte er det ingen problem for meg å handle instrumentelt –med omsorg»

Sykepleier (4) uttrykte samtidig en ambivalens i denne problemstillingen, fordi man var utdannet som sykepleier. Den omsorgen som på en måte ble for omsorgsovertakende kunne fort bli en fallgrube i dette arbeidet, mente hun. Sykepleier (4) hevdet at det var viktig å holde den nødvendige distansen med å være instrumentell i den akutte situasjonen og heller gå inn med annen tilnærming i andre faser.

Sykepleier (3):

«Jeg opplever kanskje at sykepleiere er bedre enn annet personal til å behandle det litt instrumentelt, men samtidig med varme og omsorg.»

Det var viktig, ifølge sykepleier (3), og ikke bli altfor omsorgsfull og overta et destruktivt ansvar. Sykepleier (1) mente at egenskapen ved å være instrumentell er virksom for å ikke å forsterke den selvdestruktive atferden, men også at foreldrene måtte lære å ikke gi masse omsorg og kjærlighet knyttet til selvskadingen. Sykepleier (1) mente at foreldrene ofte får dårlig samvittighet når selvskading opptrer og at foreldrene prøver å gjøre det beste de kan ovenfor ungdommen. Ofte reagerte foreldrene med overveldende omsorg, og det forsterket den uhensiktsmessige atferden, mente sykepleier (1). Sykepleier (2) kommuniserte ofte til pasienter at de ikke fikk oppmerksomhet på den selvdestruktive atferden, mens sykepleier (2) heller brukte tid på å finne ut *hva* som er årsaken til selvskadingen. Sykepleier (2) hadde tidligere arbeidet mange år i voksenpsykiatrien og hadde en del erfaring med at oppmerksomhet og omsorg rundt dette økte den uhensiktsmessige atferden. Sykepleier (2) mente også at foreldrene lærte gjennom ferdighetstreningssak, at de må fokusere på andre ting. De får informasjon om hva selvskading er og hva selvskading er et uttrykk for, på en måte en fakta-undervisning til foreldrene. De fleste av sykepleierne rapporterte at det var en treningssak å kunne opptre instrumentelt og med empati.

4.1.3 Hva er det som gjør selvskading nødvendig?

Sykepleier (2) fortalte at han ikke var opptatt av hvor pasienten kuttet seg, hvor mye eller hva pasienten bruker for å kutte seg, men sykepleier (2) var opptatt av *hva* som gjorde dette nødvendig for pasienten. Sitat:

«Jeg er ikke veldig opptatt av hvor du kutter deg, jeg er ikke opptatt av hvor mye du kutter deg. Jeg er ikke opptatt av i utgangspunktet hva du bruker, men jeg er veldig opptatt av hva som gjør dette nødvendig for deg»

Sykepleier (1) fortalte at mange av ungdommene ikke hadde noen å prate med. De grublet og tenkte og havnet lenger og lenger ned «i grøfta» uten å få noen hjelp. Uten å ha noen å dele det med kunne ting fort bli håpløst for ungdommene. Sykepleier (2) hadde nevnt at ungdommene hadde vanskelig for å sette ord på følelsene sine og var ikke vant til å snakke med hverken voksne eller helsepersonell om sine problemer. Sykepleier (1) fortalte en historie om ei jente som hadde en del relasjonelle problemer som fikk betydning for forholdet mellom henne og terapeutene. Det ble foretatt terapeutbytter, men jenta hadde til slutt så mye fravær at hun ikke kunne være med på behandlingen. Ved for mye fravær så må pasientene avslutte DBT-behandlingen, men kan søke på nytt senere. Jenta søkte seg til ny behandling og denne gang med bedre resultat. Hun var mere motivert og fikk etterhvert byttet ut en del uhensiktsmessig atferd med nye ferdigheter. Selv om det gikk litt opp og ned for jenta så lærte hun seg at selv i dårlige perioder var det ikke så katastrofalt lengre. Denne jenta bodde nå for seg selv og gikk på skole. Sykepleier (1) trodde at uten DBT så hadde denne jenta mest sannsynlig vært i et eniltak med to eller tre ansatte rundt seg.

4.2 Sykepleiernes møte med ungdom i DBT-behandling

Dette handler om sykepleiernes erfaringer i møte med ungdom i behandling. Det som sykepleierne anså som viktig, var ikke bare arbeidet med ungdommene, men også egenskaper og innsikter ved en selv.

4.2.1 Terapeutiske allianser

Sykepleier (1) fortalte at relasjonen mellom pasient og terapeut er en tosidig sak, men det var i hovedsak terapeutens ansvar å få det til å fungere. Dessuten ville slike relasjoner svinge i perioder og da måtte man jobbe rasjonelt. Det handlet om å få ungdommen til å forstå at det handlet om å lære nye ferdigheter som var nødvendig for å få det til å fungere i livet sitt. Sykepleier (1) mente også at det var viktig å utfordre og ikke gi etter for motstand hos pasienten. Alternativet var å bytte terapeut hvis ikke relasjonen ikke fungerte. Noen av sykepleierne mente det var viktig å være klar over sin egen profesjonalitet også når det kom til hvilke relasjoner som fungerte mellom pasient og terapeut. Sykepleier (3) sa at i tillegg til å være profesjonell hadde hun egenskaper i kraft av seg selv. Med det mente hun at personlige egenskaper var like viktig som det å være profesjonell. Alle innen DBT-teamet mente det var

viktig å skape relasjoner som fungerte bra. Som regel avklarte man dette i teamet på et tidlig tidspunkt.

Sykepleier (2) nevnte at kommunikasjon mellom pasient og terapeut kunne være utfordrende fordi ungdommene fant det vanskelig å snakke om dette. Ungdommene synes det var flaut og vrident å snakke om problemene sine. Jo yngre pasientene var jo mer utfordrende var det å få de til å snakke eller å få de til å slappe av under samtalene. Ofte var ungdommene ikke vant til å snakke med de voksne eller med helsepersonell om sine problemer. Dette fordi ungdommene sjeldent møtte voksne, eller helsepersonell, som var vant å snakke om selvd destruktiv atferd og selvskading. Ungdommene hadde ofte en høy terskel for å si ifra. Dessuten jo yngre pasientene var, jo vanskeligere var det for dem å sette ord på ting. Gjennom behandlingen og ferdighetstreningen ble ungdommene ofte minnet på om at de faktisk hadde tatt i bruk enkelte ferdigheter som ungdommene ikke hadde selv vært klar over. En ferdighet som de hadde tatt i bruk, måtte terapeuten av og til fortelle til ungdommen. Det var på en måte å *lære* dem å se at de faktisk hadde fått det til.

4.2.2 Foreldrene - en suksessfaktor?

Sykepleier (3) erfarte også at noen foreldre ikke la merke til at ungdommen deres skadet seg. Årsaken til dette kunne være at foreldrene var generelt uvitende om fenomenet, eller hadde for lite kunnskap om hvordan de kunne løse problemene til barna deres. Det gjaldt selvfølgelig ikke alle foreldre. Mange foreldre var fortvilet og hadde prøvd alle tenkelige mulige løsninger før DBT ble tilbudt som behandling. Det var ofte kommunikasjonsvansker mellom ungdom og foreldre. Det ble også registrert at ungdommene hadde en høy terskel for å si ifra om sine problemer og generelt handlet det om at ungdommene hadde vanskelig for å be om hjelp. Sykepleier (2) meldte om at ungdommene syntes det var flaut og skamfullt og at de ikke var vant til å snakke med voksne eller helsepersonell om sine problemer. Sykepleier (3) nevnte at mange av foreldrene ofte var engstelige og kanskje hadde glemt litt om det å være ung, og at det å være ung i seg selv var forholdsvis emosjonelt og ustabil.

I gruppesamtalene deltok ungdom og foresatte sammen. Samspillet mellom foreldre og ungdom var noe som alle sykepleierne hadde poengtert. De har sett hvordan foreldrene spesielt har hatt nytte av samtalegruppa. Alle sykepleierne mente at pasientene hadde hatt utbytte av DBT-behandlingen, men suksessfaktoren for DBT er at foreldrene også deltar på gruppa. Alle sykepleierne nevnte at foreldrene hadde stort utbytte av behandlingen i likhet med ungdommen, og at foreldrenes deltagelse gjør det hele mer effektivt og bidrar til

stabilitet i gruppa. Sykepleier (4) mente at foreldre og resten av familien drar nytte av ferdighetstreningen som ungdommen gjennomgår, også på hjemmebane. Enkelte opplevde at foreldrene gjerne ville ha mere undervisning som dreide seg om fysiologiske mekanismer, for eksempel hva som skjer fysiologisk under et angstanfall. Sykepleier (4) fortalte at DBT var en psyko-educativ gruppe som drev mye med undervisning. Det de understreket som særlig viktig ved å ha grupper med foreldre og ungdom sammen var blant annet erfaringsutvekslingen som fant sted. Det kunne være en styrke for noen foreldre at de ikke var alene om problemene, andre opplevde at det ble lettere å snakke om problemene på hjemmebane. Sykepleier (4) mente at å snakke om selvmord i et metaperspektiv hadde noe preventivt i seg fordi ungdom og foreldre lærte seg å snakke om selvmord, selvskading eller andre alvorlige temaer. Dette kunne være preventivt for selvskadingen. Sykepleier (4) påpekte at noen utfordringer kunne være å adressere de voksne i gruppe-samtalene. Dette dreide seg om at noen av foreldrene snakket for mye, hadde sine egne problemer, eller drev med invalidisering av sitt barn. Med det mente hun at kommunikasjonen mellom ungdommen og foreldrene ikke fungerte godt. Sykepleierens erfaringer med samtale-gruppa var at foreldre/foresatte var en ressurs. Sykepleierne opplevde også at de foresatte hadde selv et utbytte av å delta på gruppene. Ungdommene på sin side mente at foreldrene forandret seg på hjemmebane og at kommunikasjonen endret seg til det bedre.

Sykepleier (3) fortalte om ungdommer som var satt i eniltak. I enkelte tilfeller hadde personalet hverken kompetanse eller utdanning og var satt til å ivareta en ungdom med store emosjonelle utfordringer. Det som kunne være problematisk å forholde seg til i slike tilfeller var når de kom inn i DBT-behandling. Eniltakspersonalet var ikke en nærstående pårørende og de hadde ikke samme utgangspunkt for å delta i programmet. Det oppsto et problem når de skulle være med i behandling av de unge, og ikke bare *håndtere* adferd. Sykepleier (3) var opptatt av at det burde være et genuint ønske om å hjelpe og ikke bare en jobb som skulle gjøres, og det var viktig at det var en god relasjonen mellom pasient og den ansatte i eniltaket. Ungdommene kom ofte med nye ansatte for hver gang. Sykepleier (3) fortalte om en ansatt i et eniltak som tok litt av sin egen fritid for å følge opp en ungdom i DBT-behandling. Denne ansatte deltok mer som en «pårørende», og dette fikk et bedre resultat for den aktuelle ungdommen.

4.2.3 Håp og mestring

De fleste av sykepleierne mente at motivasjonsarbeid og informasjonsarbeid var noe som tok tid. Sykepleierne brukte en god del tid på både å motivere ungdommene og til å informere

dem. Det var viktig å formidle eller å initiere håp på vegne av ungdommen. Retorikken ovenfor ungdommene dreide ofte om, som sykepleier (4) sa:

«Du blir i hvert fall ikke verre av å få behandlingen, det er ikke farlig, det er bare helt vanlige ting som er satt i et annet system.»

Sykepleier (2) sa at de brukte alt fra tre til fem uker i forkant av behandlingen til motivasjonsarbeidet. Arbeidet dreide seg om motivasjon, målsettinger, informasjon og ikke minst forpliktelser. Dette teamet hadde økt behandlingstiden til 20-24 uker. Sykepleier (1) nevnte at det var i slutten av behandlingen at gevinsten kom. På spørsmål om selvmord blant ungdommer, sa sykepleier (1) at selvmord blant unge skjer gjerne senere i livet. Det var sjeldent at unge tok selvmord fordi det fantes alltid et håp der fremme. På en måte hadde disse unge ikke gitt opp, men hadde håp om bedring.

Alle sykepleierne ble spurt om de hadde solskinnshistorier. Det hadde de. Sykepleier (2) mente at alle pasientene var en solskinnshistorie, hver på sin måte. Noen hadde et eksempel som hadde betydd mye for dem. Sykepleier (4) fortalte at det var viktig å initiere håp på vegne av ungdommene. Alle sykepleierne mente at de fleste ungdommene hadde hatt nytte av behandlingen. Flere av sykepleierne rapporterte om at selvskadingen nesten var borte og at innleggelsene ble færre. Ungdommene rapporterte, ifølge sykepleierne, om endringer hos sine foreldre. Det ble lettere å snakke om problemene på hjemmebane og dette bidro til at selvskadingen avtok. Sykepleier (4) nevnte en solskinnshistorie som omhandlet ei jente under DBT-behandling. Sykepleier (4) fortalte: *Jenta hadde dårlig emosjonell håndtering. Hun tålte blant annet ikke høye lyder og reagerte med sinne og frustrasjon. Bare det å høre lyden av at noen spiste knekkebrød, var nok til at jenta overreagerte. Etter behandling med DBT, satt jenta i en situasjon der noen spiste knekkebrød. Jenta satt bare der og spiste, men reagerte ikke slik som tidligere.* Sykepleier (4) spurte henne om dette og jenta svarte: *Nei jeg håndterer det nå. Det er ikke det at jeg ikke kan bli irritert, men nå vet jeg hva jeg skal gjøre med det.*

4.3 Sykepleiernes møte med konsultasjonsteamet i DBT

Konsultasjonsteamet består av veiledning for DBT-terapeutene og er fastsatt til en dag i uka. Der kan de ta opp eventuelle problemstillinger eller andre ting som var aktuelt. Gjennom disse veiledningene kunne de ta i bruk rollespill får å kunne sette seg godt inn i de forskjellige situasjonene. Konsultasjonsteamet består av en fast agenda og struktur som er programfestet. Det innledes alltid med en mindfulness-øvelse, også kalt «oppmerksomt nærvær» på norsk. Gjennom å være oppmerksomt nærværende kan pasienten bli mer observant ovenfor sine

egne tanker og følelser (Kåver et al., 2005). Det er lagt vekt på effektivitet og konkretisering i disse timene. Ekstern veiledning fås fra NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging) ca tre ganger i halvåret. Her kan det tas opp problemstillinger som de kan få veiledning på.

4.3.1 Styrke i teamet

På spørsmål om hvordan det er å jobbe i team og med DBT i sin helhet var alle svarene positive. Teamfølelsen var noe alle bemerket. Teamet ga trygghet og styrke, og de kunne man dra veksler på hverandres erfaringer. Sykepleier (1) beskrev det slik:

«Det er ikke noe forskjell, men klart det at vi har forskjellige kunnskaper men vi opplever ikke at det er noen statusforskjeller»

Sykepleier (1) nevnte også at i situasjoner som var vanskelige var det vanlig å konsultere med noen av de andre i teamet utenom selve konsultasjonsmøtene. Da fikk man drøftet og utvekslet erfaringer og la vekt på at det var noe av poenget med å være et team. Sykepleier (1) fortalte om viktigheten av at teamet møttes ofte og på den måten sikret at man drev med DBT. Det ble poengtert av alle sykepleierne at det var *teamets pasienter*, ikke *min* eller *din* pasient. Det ga også en trygghet for at det var et felles ansvar.

Sykepleier (3) følte at kompetansen som sykepleierne hadde, ble verdsatt og etterspurt innen teamet. I teamet var de likeverdige og det var kun diagnostisering sykepleierne ikke utførte, ellers gjorde de det samme. Sykepleier (4) hadde de samme erfaringene og fortalte om at rollene, enten man var psykolog, lege eller sykepleier, var sidestilt. Dette mente sykepleier (4) gjorde noe med teamfølelsen og var en styrke for teamet.

Alle mente at strukturen og agendaen ga retningslinjer som var konstruktivt å følge.

Sykepleier (4) fortalte at agendaen i konsultasjonsteamet var veldig strukturert, og at dette bidrog til at møtene ble mere effektive, det ble mindre utenomsnakk og man kom fortere til saken.

Sykepleier (2) fortalte om fast struktur der møtene alltid begynte med en mindfulness-øvelse. Deretter ble det kjørt en runde på problemstillinger knyttet til pasientene. Problemstillinger knyttet til selvdestruktiv atferd eller terapihindrende atferd hadde prioritet og ble drøftet i teamet. Alle sykepleierne ga uttrykk for at agendaen og strukturen i konsultasjonsteamet ble fulgt og at alle var «tro» mot dette.

4.3.2 Effekt av behandling

Flere av sykepleierne fortalte om at selvskadende og suicidale ungdommene er en gruppe pasienter andre instanser vegrer seg å jobbe med fordi de generelt er en pasientgruppe med store utfordringer. Sykepleier (1) sa at DBT har et mangfold av løsninger og at DBT innebar et knippe med ferdigheter som en lærer og det var stort sett noe der for alle. *Sykepleier (1) fortalte videre at effekten av behandlingen var alt ifra kjempekrise til vanlig liv og at alle hadde hatt utbytte av det på den måten at livet hadde blitt bedre.* Selvskadingen hadde stort sett blitt borte og det ble færre innleggelseser. Det var først i slutten av behandlingen at effekten vistest. Sykepleier (1) forklarte dette med at det var så mange prosesser med ferdigheter som skulle læres at når man nærmet seg slutten av behandlingen så føyde dette seg sammen til en helhet. Sykepleier (1) nevnte at ren forelesning fungerte dårlig ovenfor pasientene, men samtaler og øvelser var det som fungerte aller best. Dette teamet hadde bare hatt en evaluering av DBT-behandling tidligere.

Sykepleier (2) sa at DBT var en måte å tenke rundt en problematikk på. Dette teamet hadde heller ingen evaluering av behandlingen men sykepleier (2) ønsket å få flere studier for å se på effekten. Det var snakk om kapasitet i forhold til å lage evalueringsskjemaer. Sykepleier (2) hadde 20 % i DBT av sin stilling. Sykepleier (2) nevnte en studie av Lars Melum (Mehlum et al., 2016) som er et oppfølgingsstudie over et år i etterkant av behandling med DBT sammenlignet med andre behandlingsformer. Sykepleier (2) viste til denne studien som hadde positivt resultat og viste god effekt, men sykepleier (2) mente at effekten ville kanskje avta over lang tid og en studie over effekten på lang sikt kunne være av interesse. Sykepleier (2) nevnte at også foreldrene hadde minst like stor nytte av DBT og foreldrene hentydet til at DBT skulle vært obligatorisk for alle. Foreldrene hadde også måtte lært å håndtere ting annerledes og som teamet har sett store endringer hos over ukene med behandling.

Sykepleier (3) fortalte at mange pasienter opplevde bedring. Pasienter fortalte om at etter endt behandling så var livet blitt bedre. Sykepleier (3) visste ikke om det var deres *håndtering* av livet som var bedre enn at livene deres var blitt bedre. Sykepleier (3) mente at foreldrene hadde utbytte av DBT og gruppesamtalene og i likhet med ungdommene kanskje regulerte sine følelser bedre.

Sykepleier (4) fortalte at deres team hadde benyttet evaluering på brukerfornøydhet der ungdom og foresatte hadde nesten likelydende skaleringskjemaer. Alle disse evalueringene har endt i et relativt stort materiale. Alle parametre viste gjennomgående bedring, men det var

uvisst om resultatene kanskje bar preg av at det var siste dagen i behandlingen. Sykepleier (4) ønsket å kunne ha en evalueringsrunde etter 6 måneder. Sykepleier (4) nevnte også at det var viktig at behandlingen måtte være forankret i ledelsen slik at de fikk nok tid og ressurser til å gjøre behandlingen best mulig.

5 Diskusjon

5.1 Sykepleiernes møte med egen kompetanse og erfaring. Samlet profesjonell kompetanse

5.1.1 Den profesjonelle sykepleier

Kompetanse og toleranse

Begrepet kompetanse kommer fra det latinske begrepet *competencia* som betyr skikkethet eller sammentreff (Skau, 2017). Å være kompetent betyr ifølge Skau, (2017:57) to ting:

a) at noen i kraft av sin stilling har rett, eller myndighet, til å gjøre noe

b) at noen har de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål.

Skau (2017) hevder at å være kompetent er samsvarende med personens skikkethet og kvalifikasjoner og oppgavens eller arbeidets karakter (ibid). Når Skau viser til kompetansetrekanten (Skau, 2017:58) består den av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og profesjonell kompetanse (ibid). Kompetansetrekanten er nærmere beskrevet i kapittel 2, side 15. I mitt materiale fortalte en sykepleier, i arbeidet med selvdestruktiv og suicidal ungdommer, så må man tåle å se blod og behandle skader og sår. En annen sykepleier nevnte at man må tåle den psykiske belastningen i dette arbeide. Sykepleierne i min studie fremhever bredden i sin faglige bakgrunn som en viktig del av arbeidet. Noen av sykepleierne mente at det var en fordel å ha jobbet f.eks på akuttmottak, legevakt eller intensivavdeling. Andre la vekt på sykepleiernes evne til å tåle den psykiske belastningen i situasjonen man møter. Det kan her være snakk om forskjellige perspektiver eller vinklinger av samme sak som handler om det å *tåle*. Skau (2017) sier noe om nødvendigheten av å ha de rette kvalifikasjoner til arbeidet man gjør. Nødvendig kompetanse og krav for å bli DBT-terapeut er, ifølge retningslinjene for Dialektisk atferdsterapi, 3-årig helse- eller sosialfaglig høgskoleutdanning med klinisk spesialistgodkjenning og/eller videreutdanning i psykisk helsearbeid og erfaring med barn og unges psykiske helse. For psykologer og leger kreves 2 års klinisk praksis (Dialektisk atferdsterapi, u. å.).

Samtidig mener Skau (2017) at kompetansebegrepet er et samlebegrep og gir kun mening i en bestemt funksjon eller yrkesrolle. Den profesjonelle kompetansen består av nødvendige og hensiktsmessige kvalifikasjoner i utøvelsen av et yrke (ibid). En sykepleier nevnte viktigheten av for uten å være profesjonell hadde man egenskaper *i kraft av seg selv*. Sykepleieren mente

at alle i teamet hadde forskjellige personligheter og det å ha innsikt i sine egne personlige egenskaper var viktig. Sykepleieren mente at enkelte terapeuter (terapeutbegrepet blir brukt i DBT-teamet) passet bedre til den utadvendte pasienten, andre terapeuter passet bedre til pasientene som var introverte. Det er gjerne dette Skau refererer til når hun snakker om den personlige kompetansen. Personlig kompetanse handler om, ifølge Skau (2017:60), hvem vi er som personer, både ovenfor oss selv og i vårt samspill med andre.

Skau (2017:56) refererer til at man er egnet eller kvalifisert fordi man har teoretisk kunnskap og forskningsbasert kunnskap. Hun sier videre at vår profesjonalitet er mer sammensatt enn som så. Forskningsbasert og teoretisk og kunnskap er, ifølge Skau, nødvendig for å være en kompetent yrkesutøver. I praktiske arbeidssituasjoner vil kunnskap ikke være det viktigste grunnlaget for våre handlingsvalg. Kunnskapen blir først handlingsrelevant når den knyttes til personlig, erfaringsbasert viten (ibid). Når sykepleierne i studien redegjør hva som kan møte dem i deres arbeidssammenheng, handler det om det å *tåle og stå* i situasjoner. En av sykepleierne mente at man måtte ha den somatiske forståelsen av situasjonen. Når man snakket om intox med f. eks. tabletter eller andre rusmidler var det viktig å forstå hvordan dette fungerer systemisk og somatisk. Sykepleierne følte seg bedre rustet til å forstå slike situasjoner. Det at sykepleieren har grunnleggende kunnskaper om bla, anatomi og fysiologi, somatikk, og farmakologi er viktig, men sykepleierne har også kunnskaper om psykiatrisk sykepleie. I følge Hummelvoll & Dahl (2012:43) er definisjonen på psykiatrisk sykepleie:

«Er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.»

Denne definisjonen forteller om hva psykiatrisk sykepleie er i vid forstand. I min studie er det DBT-behandlingen som er den planlagte, omsorgsgivende og psykoterapeutiske virksomheten. DBT er med på å styrke pasientens egenomsorg og er med på å løse eller å redusere pasientens helseproblem. I DBT handler det også om forpliktelser og samarbeid. Det kan også dreie seg om ansvar, brukermedvirkning og samhandling, som er med på å hjelpe pasienten til selvrespekt. I DBT lærer pasientene ferdigheter som gjør dem i stand til å takle hverdagen og livet generelt.

Relasjonskompetansen og personlige egenskaper

Relasjonskompetansen handler om, ifølge Skau (2017:49), å møte andre mennesker gjennom både yrkeskarrieren og livet generelt. Hun mener dette har med forståelse for de menneskene man har med å gjøre. Skau nevner at som yrkesutøver ser man de nonverbale signalene samtidig som man lytter, ser og snakker. Skau nevner introspeksjon som en måte å oppnå selverkjennelse og selvvinnsikt på. Ved å forstå og kjenne oss selv danner vi grunnlaget for å evne å forstå andre (ibid). Et eksempel på introspeksjon og selvvinnsikt i min studie handlet om en av sykepleierne som mente at det var like mange måter å ha det bra på, som det var å ha det dårlig. Sykepleieren mente at folk trengte ikke leve hans liv for å ha det bra. Han hadde jobbet noen år i hjemmesykepleien og hadde erfaringer med å komme inn i hjemmene til folk. I slike situasjoner opplevde han hvordan mennesker levde sine liv og kom nærmere pasientene ved å komme inn i hjemmene og atmosfæren de levde i. Travelbee hevdet at sykepleieren skal kunne evne å se mennesket i pasienten (Kristoffersen, 1996:410). Hun påpekte at etter hvert som interaksjonen mellom sykepleier og pasient utviklet seg ville både pasientens og sykepleierens identitet tre fram og de stereotype oppfatningene bli svakere. Da kan et kontaktforhold etableres. Sykepleieren oppfatter pasienten forskjellig fra andre pasienter og forstår hvordan pasienten opplever sin situasjon (ibid).

Sykepleierne framhevet at personlige egenskaper var viktig i arbeidet deres. Deltagerne i min studie la vekt på forskjellige sider ved det å ha personlig kompetanse. Resultatene i studien viste at personlige egenskaper kunne dreie seg om personlighet og væremåte, å være profesjonell, men samtidig personlig, å kunne regulere seg selv og det å ha selvvinnsikt og forståelse for den andre. Når Røkenes, Hanssen & Tolstad (2012:141) sier noe om relasjonskompetanse så handler dette også om væremåte og personlighet. Væremåte handler om reaksjonsmønstre og handlingsmønstre som har en tendens til å gjenta seg i ulike situasjoner. Personlighet handler om relativt stabile mønstre som er gjennomgående og overordnet i individets opplevelse og atferd. Det kan dreie seg om personens karaktereristiske måte å reagere på emosjonelt, tankemessig og atferdsmessig. Personligheten er en unik helhet av egenskaper og er en dyperegående struktur i et individ og er derfor ikke lett å forandre. Røkenes et al. mener at fagpersoner må være reflektert til betydningen av egen personlighet i samhandling med andre mennesker (ibid). Flere av sykepleierne i studien min la vekt på gode relasjoner mellom pasient og terapeut. Når de fordelte pasienter i forkant av behandlingen, så ble det lagt vekt på hvilken relasjon som ville fungere best. Da kunne terapeutens væremåte og personlighet være avgjørende. Skau (2017) mener vi som yrkesutøvere trenger nye

kunnskaper fordi samfunnet forandrer seg hele tiden. Utdanningen forstås, ifølge Frønes og Brusdal (Frønes og Brusdal i Skau, 2017:14), ofte ikke bare som indikatorer på kunnskaper men også på *egenskaper*. Med det mener de at personlige egenskaper betyr vel så mye i arbeidslivet som selve utdanningen. Skau (2017) mener vi trenger ferdigheter, innsikter, personlige egenskaper, smidighet og omstillingsevne. Arbeidslivet etterspør mer og mer de personlig egenskapene som selvstendighet, evne til kritisk tenkning og kreativitet enn før (ibid).

Regulering av følelser

Studien min viste at det var viktig å ha fokus på regulering av egne følelser før man kunne arbeide med andre mennesker. Ifølge ICN (Sykepleiens grunnprinsipper) er en av sykepleierens oppgave også å ha kjennskap til seg selv (Henderson & International Council of, 1993). Sykepleieren skal evne å gjenkjenne og løse sine egne emosjonelle problemer og erkjenne sine sterke og svake sider (ibid). Alle sykepleierne påpekte viktigheten av å kjenne sine egne begrensninger, men også kjennskap til sine sterke sider. En sykepleier mente at han ikke var så god når det oppsto mye *drama*, som han selv sa. En annen sykepleier mente at hun ikke var så god hvis pasienten var introvert, men passet bedre til pasienter som var ekstroverte.

Selvavgrensning i terapeutisk sammenheng handler, ifølge Vatne (s. 128), om å utvikle tydelige grenser (Vatne, 2006). Selvavgrensning dreier seg om evnen til å sortere og skille mellom egne og andres opplevelser, følelser og tanker. Det handler også om å være selvrefleksiv. Vatne påpeker at som hjelper kan man fort bli påvirket av vanskelige følelsene som pasientene uttrykker. Tydelige og selvavgrensende hjelpere, hjelper pasientene til å skape egne grenser (ibid). En sykepleier i studien min nevnte nettopp dette. Han fortalte at av og til kunne det oppstå mye drama rundt ungdommene og det var noe som han håndterte dårlig. Da var hans fokus på å stabilisere seg selv først før han kunne stabilisere andre. Sykepleieren mente det var viktig å være tydelig ovenfor ungdommene og ikke bli for utydelig og forsiktig. Det var, ifølge han, en balansegang i det å utfordre og samtidig sette grenser.

Noranger & Braarud (2017:144) nevner at for å være gode regulatorer må vi evne å kalibrere oss selv først. Selv om Nordanger & Brårud her snakker om utviklingstraumatiserte barn og unge, viser de til menneskelige tendenser som ligger implisitt i vår kultur. De hevder at vi ofte henfaller til automatiske responser som i verste fall kan dysregulere fremfor å regulere barna. Noranger & Braarud mener at reguleringsperspektivet peker tilbake til oss selv. Endring

fremmes i kraft av vår egen reguleringskapasitet. Fokuset på hva som smalner inn eller utvider vårt eget toleransevindu (jamfør kap. 2, s. 16) er like viktig som hvilke metoder og teknikker vi bruker (ibid). I studien min hevdet en av sykepleierne at selvdestruktive og suicidale ungdommer er en spesielt utfordrende gruppe å arbeide med. Man kunne fort kjenne på panikkfølelsen og det var viktig å ikke bli impulsiv som hjelper i dette. Samtlige sykepleiere ga uttrykk for at grunnlaget for å klare å stå i dette bunnet i erfaringsutvekslingen med andre kollegaer og at teamet var viktig. Den felles grunntanken i DBT-teamet dreide seg om at det ikke var *min* eller *din* pasient, men det var *teamets* pasient. Mulighetene for drøfte med andre i teamet eller å få veiledning i ting man sto fast i var også betydningsfull. Dette er noe som vil diskuteres mer i punkt 5.3.1.

5.1.2 Konstruktiv omsorg eller destruktiv ansvarsovertakelse? «Å være instrumentell –og med empati»

Skau (2017:40) hevder at empati og omsorg for andre og evne til å beskytte og ta vare på de svake er nyttige egenskaper ved oss som mennesker og som samfunn. I omsorgsrelatert arbeid er disse egenskapene helt nødvendige. Samtidig er det viktig at profesjonsutøvere utvikler sin evne til å skille mellom konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse, og til å si nei til sistnevnte. Det Skau mener med destruktiv omsorg er når rollene blir snudd, at hjelperne blir hjelpeløse. Hun henviser til «hjelpersyndomet» der noen mennesker trenger at andre er avhengige av dem for at de selv skal føle seg betydningsfull (Wolfgang Schmidbauer 1997, i Skau, 2017:39). Skau nevner også faren ved at hjelperne lar seg diktere av brukerens krav og ønsker (ibid). Sykepleierne i min studie behandlet kutting og sår instrumentelt og uten ekstra varme og omsorg. I slike situasjoner var oppfatningen, ifølge sykepleierne, at selvskadingen opptrådte som en *appell* fra ungdommen. Selvskadingen som tidligere ga respons eller omsorg fra andre var med på å forsterke den uhensiktsmessige atferden. Det var viktig, ifølge sykepleierne, at man ikke reagerte på *appellen*, men behandlet skaden uten å gi atferden ekstra oppmerksomhet. Den uhensiktsmessige atferden skulle endres, ikke opprettholdes. I DBT er det et prinsipp at terapeuten ikke skal forsterke selvdestruktiv atferd (Kåver et al., 2005). Paradokset er at fravær av ekstra omsorg blir det mest validerende og ivaretagende terapeuten kan gjøre i slike situasjoner. I etterkant vil en påfølgende analysing av hendelsesforløpet i lag med pasienten være påkrevd. Terapeuten skal heller forsterke atferd som er konstruktiv slik at det kan føre til endringer hos pasienten (ibid).

Fravær av ekstra omsorg og varme kan oppfattes som kontraintuitivt for mange, inkludert meg selv. Empati og omsorg for andre er viktig, men samtidig er det viktig slik Skau (2017)

sier at profesjonsutøvere utvikler sin evne til å skille mellom konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse. Empati i denne sammenhengen baserer seg på at sykepleieren forstår hva som er til det beste for pasienten der og da. Empati er, ifølge Travelbee, evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person *er* i der og da (Travelbee i Kristoffersen, 1996:410). Travelbee hevdet at evnen til empati utvikles hele tiden gjennom erfaringer fra møter med ulike pasienter, men også på grunnlag av sykepleiernes samlede livserfaring (ibid). Sykepleierne i min studie fortalte om det å være instrumentell- og med empati. De nevnte at å opptre instrumentelt var en treningssak. Empati var noe som var implisitt, både gjennom utdanning og erfaring, men også gjennom de forskjellige rollene i livet. Flere av sykepleierne nevnte at de hadde mange roller utenom å være sykepleiere som hadde betydning for deres omsorgserfaring og evne til medfølelse. De trakk frem roller som f.eks. å være foreldre, besteforeldre, ektefeller og søsken.

Vatne (2006:138) nevner at omsorg er å være til stede for pasienten. Det er viktig å anerkjenne og bekrefte pasienten. Hun snakker om å være en «kontainer» og sammenligner det med «å stå i» vanskelige situasjoner med pasientene og være mottaker for pasientens konflikter og følelser. Det å være kontainer kan, ifølge Vatne, lindre pasientens lidelse og samtidig bekrefte at pasienten er et verdifullt menneske (ibid). Sykepleierne fortalte at i DBT så handler mye om akseptering og forandring. For å endre sin atferd, måtte pasienten først og fremst akseptere og anerkjenne seg selv og sine følelser. I de individuelle samtalene fikk sykepleierne overlevert pasientenes historier, opplevelser og følelser. Det kan sammenlignes med det Vatne beskriver med å være «kontainer». Sykepleierne fortalte at i møter med pasientene var det viktig å bekrefte og anerkjenne pasientens tanker og følelser. Det var viktig fordi det var utgangspunktet for å kunne jobbe videre med endringsarbeidet i DBT.

Åkerman (2010) nevner at man bør bandasjere og pleie selvpåførte skader som andre skader og man skal ikke «straffe» den selvskadende med å opptre kald, uengasjert, uvennlig eller be pasienten plastre det selv. Det Åkerman poengterer som viktig, er å ikke gi skaden *ekstra* omsorg nettopp fordi den er selvpåført. Åkerman mener man bør avdramatisere situasjonen og snakke om hvilke følelser som lå bak handlingen eller at man snakker om hvordan man sammen kan unngå at det skjer igjen (ibid). En av sykepleierne, som var utdannet intensivsykepleier, sa at å være instrumentell handler om personlighet eller egenskaper knyttet til personlighet. I dette arbeidet mente hun at var det en fordel å ha jobbet akuttsonomatisk, i hennes tilfelle på en intensivavdeling. Faglig skjønn skjer på bakgrunn av kjente og overførbare teorier og metoder innen et fagfelt og den profesjonelle skal kunne redegjøre for

og reflektere over de valg som fattes når det kommer til utøvelsen av faglig skjønn (Hanssen & Humerfelt, 2010). Samtlige av sykepleierne i studien ga veloverveide og reflekterte svar på hvorfor og hvordan de handlet i slike situasjoner. Eksempelvis kunne det dreie seg om f.eks. å kontakte lege når sår måtte sys, eller om foreldre skulle kontaktes hvis pasienten skadet seg slik at det kunne være fare for liv og helse.

Åkerman (2010:168) forteller med utgangspunkt i egne erfaringer om hvordan man bør møte og behandle selvskading. Hun påpeker at pasienter med selvskadende atferd er ofte vanskelig å forstå, behandle og håndtere og ofte blir det uenighet i personalgruppen om hvordan man skal adressere problemet. På den ene siden vil noen sette mer struktur og grenser mens andre vil møte problemet med varme og kjærlighet. Åkerman mener personlig at den beste løsningen vil være et sted midt imellom. Det er bedre, ifølge Åkerman, å bruke «gulrot» enn «pisk» (s. 70). Med det mener hun at man reagerer på en måte som er forsterkende på den atferden som fungerer. Man straffer ikke dysfunksjonell atferd men gir den mindre oppmerksomhet. Åkerman har tre råd ved selvskadende atferd som å ikke gi selvskaden ekstra positiv oppmerksomhet, ikke opptre ekstra negativt, men i stedet reagere vennlig og bestemt og oppmuntre til andre løsninger. Et eksempel kan være ifølge Åkerman (2010:171)

«Jeg ser at du har skadet deg og forstår at du har det vanskelig, men jeg vet også at selvskading i lengden gjør mer skade enn nytte. Derfor er det viktig at vi sammen finner ut hva vi skal gjøre for at du skal klare å slutte. Neste gang kunne du kanskje komme til meg allerede før det skjer noe? Jeg skal gjøre mitt beste for å være tilgjengelig, og lytte og støtte deg hvis du vil gi meg en sjanse?»

Sykepleierne i mitt materiale viste nettopp en slik tilnærming som Åkerman beskriver. Alle sykepleierne fortalte om lignede erfaringer, men et godt eksempel på det Åkerman beskriver er sitatet til sykepleier 2:

«Jeg er ikke veldig opptatt av hvor du kutter deg, jeg er ikke opptatt av hvor mye du kutter deg. Jeg er ikke opptatt av i utgangspunktet hva du bruker, men jeg er veldig opptatt av hva som gjør dette nødvendig for deg»

Her ga, i utgangspunktet, sykepleieren ikke den uhensiktsmessige atferden oppmerksomhet, men viste at han var opptatt av å finne en løsning på problemet. Den samme sykepleieren fortalte også om grensesetting. Når pasientene fikk tilbud om behandling, måtte de skrive under en avtale. Hvis pasientene hadde et visst antall fraværsdager, så måtte de avbryte behandlingen. Pasientene kunne søke på nytt ved en senere anledning. For at grensesettingen skal virke terapeutisk bør den inneholde elementer som omsorg, struktur, sikkerhet/trygghet og læring (Hummelvoll og Dahl, 2012:268). Omsorg betyr at man grensesetter i situasjoner

som kan påføre pasienten følelse av nederlag eller uverdighet. Struktur betyr at personalet strukturerer eller lager rammer for pasienten – i en situasjon som ellers ville føre til utflytning eller kaos. Sikkerhet og trygghet reguleres slik at personalet grensesetter i situasjoner som kan medføre, eller har medført skade for pasienten selv eller andre. Læring medfører en trygg atmosfære som kan lære pasienten alternative måter å uttrykke følelser på. Det vil gi rom for å undersøke både hva som faktisk skjedde, og hva som kunne vært gjort annerledes. Målet er at pasienten skal makte å bryte impulshandlinger ved å innføre *refleksjon* mellom impuls og reaksjon (ibid). Sykepleierne i min studie påpekte viktigheten av å ikke gi oppmerksomhet ved uhensiktsmessig atferd. Det er på en måte konstruktiv omsorg. DBT-behandlingen kan være med på gi struktur og rammer rundt pasientene. Behandlingen kan bidra til en trygg atmosfære og læring. Pasientene lærte alternative måter å uttrykke følelser på ved bruk av metoder som f.eks. «oppmerksomt nærvær», men lærte også andre ferdigheter som kunne være til nytte for dem.

5.1.3 «Hva er det som gjør selvskading nødvendig?»

En sykepleier fortalte at han ikke var opptatt av hvor pasienten kuttet seg, hvor mye eller hva pasienten bruker for å kutte seg, men sykepleieren var veldig opptatt av *hva* som gjorde dette nødvendig for pasienten. Dette forteller noe om ønsket om både å hjelpe men også om ønsket om å *forstå*. Spørsmålet om hva som gjør selvskading nødvendig, kan kanskje Sofia Åkerman gi noen svar på. Åkerman (2010:171) hevdet at det var lettere å få hjelp og forståelse med sår på armene. Når sårene var grodd forsvant støtten og folk sluttet å engste seg. Engstelsen for å stå alene igjen etter utskrivelser kunne være utløsende for tilbakefall av selvskadingen (ibid).

Åkerman hevder at selvskading ikke bare er destruktivt, men også en form for selvoppholdelse (Åkerman, 2010:33-42). Hun peker på flere funksjoner som selvskadingen er et uttrykk for. Åkerman trekker noen eksempler på hvorfor personer skader seg selv som f.eks. at personen får en følelse av befrielse eller ro. Andre skader seg for å straffe seg selv, eller for å kjenne på en slags kontroll. Enkelte skader seg for å forflytte den psykiske smerten, mens noen gjør det for å kjenne seg levende, eller for at andre skal se og forstå. Åkerman mener at selvskadingen kan forstås som et symptom som kan være en del av flere ulike diagnoser (ibid). Sykepleierne i mitt materiale hadde lite erfaring med at pasientene skadet seg under selve DBT-behandlingen. Derimot opplevde de ofte at selvskadingen skjedde på sengepostene. Det var en sykepleier som nevnte at hun hadde opplevd at en pasient hadde skadet seg under en individualsamtale i DBT-behandling. Selvskadingen var såpass alvorlig at hun måtte tilkalle lege.

Av egen erfaring tar Åkerman et oppgjør med spørsmålet om hun skadet seg for å få oppmerksomhet (Åkerman, 2010:42). Hun ønsket seg mest av alt kjærlighet, trøst og støtte og at noen skulle se og forstå smerten som hun bar på. Ordet «oppmerksomhet», er ifølge henne, negativt ladet. At selvskadere «bare vil ha oppmerksomhet» er, ifølge henne, en vanlig fordom om mennesker som skader seg selv. Derimot kan kjærlighet, varme og bekreftelse virke forsterkende på selvskading (ibid). Det som flere av sykepleierne påpekte i intervjuene, var at mange av ungdommene ikke hadde noen å prate med. De fortalte om at ungdommene hadde vanskelig å sette ord på følelsene sine og at de ikke var vant til å snakke med hverken voksne eller helsepersonell om sine problemer. En sykepleier sa at mange av ungdommene grublet og tenkte, men hadde ingen å snakke med. Mennesker som skader seg selv er også ofte «grublere» (Åkerman, 2010:35). Mange som skader seg selv tenker på mye og leter etter svar og føler seg ofte utilstrekkelige og maktesløse. Noen har lavt selvfølelse og er selvkritiske og har vendt aggresjonen innover mot seg selv. Selv opplevde Åkerman at den fysiske smerten var enklere å mestre enn den psykiske. Såret på armen ble for henne en annen måte å uttrykke og kjenne smerte på. Ifølge henne, stjal den ytre smerten fokuset fra den indre smerten og var lettere å håndtere (ibid). Som tidligere i kapittel 1.4.1 nevnt har jeg valgt å ikke fokusere så mye på årsaker til at unge mennesker skader seg. Likevel er ønsket om å forstå hvorfor noen skader seg, eller begår et selvmordsforsøk, til stede. Åkerman har delt av sin erfaring og samtidig gitt leseren noen forklaringer i sin bok *For å overleve*. Deltakerne i min studie har gitt uttrykk for ønsket om å forstå. Gadamer mente at man skulle oppfordres til å *forstå* mennesket og ikke å forklare mennesket (Gadamer, Holm-Hansen & Schaanning, 2010). Det kan være slik, noen ganger, at forståelse for noe er viktigere enn å finne en forklaring.

5.2 Sykepleiernes møte med ungdom i DBT-behandling. Håp og mestring.

5.2.1 Terapeutiske allianser

Relasjonenes betydning, ifølge Røkenes, Hanssen & Tolstad (2012:18-19), er viktig i arbeide med mennesker. Mange yrker handler om å legge til rette for en forandring hos andre mennesker. Dette kan dreie seg om endring av opplevelse, tenkning, følelser, holdninger eller atferd. Fagpersonens oppgave er å forholde seg slik at han eller hun fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring eller bedret funksjon hos den andre. Da er det kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og bruker avgjørende (ibid). Alle sykepleierne i studien min bemerket viktigheten av å oppnå gode relasjoner mellom pasient og terapeut.

Sykepleierne mente at det var kvaliteten på relasjonene som var viktigst for pasient – terapeut-forholdet. Hvis ikke relasjonene fungerte godt ville heller ikke terapien fungere. Sykepleierne mente at i DBT handler det ofte om å skape endringer, enten det dreier seg om følelser, tanker eller handlinger. En av sykepleierne mente at hun passet bedre til en pasient som var mer ekstrovert, og passet mindre til en pasient som var introvert. Dette begrunnet hun i sin væremåte eller personlighet. I psykoterapiforskningen brukes ofte begrepet *den terapeutiske alliansen* om relasjonen mellom terapeut og klient (Zetzel 1956; Roth og Fonagy 2005 i Røkenes, Hanssen og Tolstad, 2012:21). Horvath mfl. deler den terapeutiske alliansen inn i tre faktorer: 1) klientens opplevelse av at terapeutens intervensjoner er relevante og til hjelp, 2) samsvar mellom klientens og terapeutens forventninger når det gjelder kortsiktige og langsiktige mål for terapien, og 3) klientens evne til å danne et personlig bånd til terapeuten og terapeutens evne til å være omsorgsfull, sensitiv og hjelpsom (Horvath mfl. 1993 i Røkenes, Hanssen og Tolstad, 2012:21). I min studie rapporterte flere av sykepleierne at pasientene hadde vanskeligheter med å få kommunisere. En sykepleier undret seg på om at dette kunne dreie seg om at pasientene ikke var vant til å snakke med voksne eller helsepersonell om sine problemer, eller at de hadde vanskeligheter med å sette ord på det som var vanskelig. Sykepleierne opplevde ofte at kommunikasjonen med de unge kunne være vanskelig og gjerne mer vanskelig jo yngre pasientene var.

Åkerman (2010) nevner betydningen av terapeutisk allianse mellom pasient og terapeut. En god relasjon til terapeuten gjør at pasienten får en høyere toleranse til det som kan oppleves ubehagelig i behandlingen. En dårlig relasjon vil virke i motsatt retning. Den terapeutiske alliansen er betydningsfull, ikke bare for det endelige sluttresultatet, men den er viktig for å holde pasientens motivert gjennom hele behandlingen (ibid). Funnene i studien min viste flere utfordringer med tanke på relasjoner og terapeutiske allianser. En sykepleier nevnte at pasient-terapeut relasjonen var tosidig men at hovedansvaret var terapeutens. Mye handlet om forståelse og læring. Det som ble omtalt som det rette terapeutiske «trykket» var viktig, ikke for hardt og heller ikke for svakt. Det en av sykepleierne mente var viktig, var å utfordre pasienten og ikke gi etter for motstand. Samtidig var det åpenhet for interne bytter i DBT-teamet hvis relasjonene mellom pasient og terapeut ikke fungerte.

Det er den språklige kompetansen som gjør kommunikasjon og refleksjon mulig (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012). Språkfelleskapet gjør at vi kan få innblikk og leve oss inn i den andres forhold til den objektive verden, den sosiale verdenen og til seg selv, og at vi kan kommunisere vår egen forståelse. Dialogen er rettet mot å avdekke meningsammenhenger og

å forstå den andre. God kommunikasjon skaper, ifølge Røkenes et al., rom for selvutvikling, læring, forståelse, bekreftelse, endring og frigjørelse (ibid). Sykepleierne i studien min rapporterte at gjennom behandlingen og ferdighetstreningen ble pasientene ofte påmint om at de hadde tatt i bruk ferdigheter som pasientene ikke selv hadde vært klar over. Det var viktig at sykepleierne kommuniserte ut til pasientene at de faktisk hadde tatt i bruk nye ferdigheter. Det var på en måte å *lære* dem å se at de hadde fått det til. Ifølge Røkenes, Hanssen & Tolstad (2012) betyr relasjonen ofte mer enn de instrumentelle, målrettede teknikkene og metodene. Sykepleierne hevdet at relasjonene ofte ville svinge i perioder og da måtte man jobbe rasjonelt. Det var viktig å få kommunisert ut til ungdommene at dette handlet om å lære nye ferdigheter som ville hjelpe dem i livene deres. Alle sykepleierne mente at det var viktig at relasjonene måtte fungere. Det er tre forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon og det er væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012:184-185). Empati handler om å forstå det den andre forstår, eller hva den andre opplever. Når klienter forteller hva som har vært til hjelp, legger de ofte vekt på at fagpersonen må være nær på en ekte og medmenneskelig måte (ibid). Bærende relasjoner (Røkenes, Hanssen & Tolstad, 2012:18) handler om å legge til rette en eller annen form for forandring hos andre mennesker. Enten det dreier seg om endring av holdninger og atferd er fagpersonens oppgave å forholde seg slik at læring, utvikling, bevisstgjøring, vekst eller mestring fremmes. I dette er kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og klient avgjørende (ibid). Alle sykepleierne i min studie bekreftet hvor viktig relasjonens betydning var i DBT-behandlingen. Uten en bærende relasjon, ville sykepleierne ikke klare å legge til rette for en endring hos pasientene. Sykepleierne var også bevisst sine egne holdninger og væremåter, og dette bidro til å kunne oppnå gode relasjoner til pasientene.

Brukermedvirkning er viktig også når det kommer til barn og unge (Jensen & Ulleberg, 2011). Brukermedvirkning står sterkt i Norge og er en lovfestet rettighet. Skal man realisere brukermedvirkning må forståelse av ulike sider ved kommunikasjon stå sentralt. Medvirkningen skjer i det konkrete møtet mellom profesjonsutøveren og brukeren. Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og vil innebære en overføring av brukerens erfaringer til profesjonsutøvere. Brukermedvirkningen vil også ha betydning for hvordan samarbeidet arter seg og relasjonen utvikler seg. Ifølge veilederen for *Barn og unge i psykisk helsearbeid i kommunene* i kapittel 4.3, side 29 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) står det:

Barn skal imidlertid ha en økende grad av medbestemmelse i helsespørsmål og har fra de er 12 år rett til å bli hørt når det gjelder egen helse og behandling.

Unntaksvis kan barnet selv samtykke til helsehjelp før fylte 16 år. Dette kan for eksempel være aktuelt ved lettere psykiske problemer og hvor foreldrene er i en konfliktsituasjon og derfor ikke ønsker å samtykke til helsehjelpen. Det bør i slike situasjoner informeres om muligheten til å ta med seg en venn eller en annen tillitsperson.

Fra 16 års alder er det som hovedregel opp til ungdommen i hvilken grad foreldrene skal involveres. Unntaksvis skal foreldre til barn under 18 år gis informasjon som er nødvendig for at de skal kunne oppfylle foreldreansvaret selv om ikke ungdommen ønsker det. Dette kan for eksempel være informasjon om selvmordsfare.

Et dilemma, som en av sykepleierne nevnte, var at det kunne være vanskelig å holde en god relasjon til en pasient med selvskading og samtidig ivareta taushetsplikten. Å holde relasjonen og taushetsplikten opp mot det å ivareta liv og helse, kunne være et vanskelig skille. Sykepleieren syntes det var et dilemma om *når* skulle man involvere foreldrene.

5.2.2 Foreldrene - en suksessfaktor?

Ifølge Johnsen & Torsteinson gir familierapi en forståelse av at den enkelte personen ikke er bæreren av problemet og får familiemedlemmene til å innse at det dreier seg om et delt ansvar (Johnsen & Torsteinsson, 2012). De påpeker at problemer er noe som familien er sammen om og har mulighet til å løse i fellesskap. Det å være en del av hverandres liv betyr at man påvirker hverandre på godt og vondt. Familierapiens fokus er på ressurser og muligheter. I oppståtte problemer vil familien være en ressurs i forhold til å løse problemene. Dialogen med betydningsfulle andre er noe av det som familierapien anser som viktig. Det er i relasjonene til andre mennesker at problemer oppstår og løsninger finnes. Det er gjennom relasjonene at dramaene utspiller seg og symptomene blir opprettholdt, men her ligger også mulighetene for forandring og løsningene (ibid). Det kunne, ifølge en av sykepleierne, være noen utfordringer knyttet til med gruppesamtalene der foreldrene deltok. Disse utfordringene kunne dreie seg f.eks. om at noen av foreldrene snakket for mye eller drev med invalidisering av sitt barn. Det ble ikke fulgt opp, av meg, med spørsmål om hva denne invalidiseringen gikk ut på, men jeg tolket det slik at relasjonen mellom ungdommen og foreldrene ikke fungerte godt. Utfordringen som sykepleieren påpekte i den sammenhengen var å *adressere* dette i gruppesamtalene. Ifølge Hummelvoll & Dahl (2012:298) spiller familien en vesentlig rolle i pasientens liv. Det er vanlig at familiemedlemmer sliter med skyld og dårlig samvittighet for den situasjonen som pasienten er i. Hummelvoll & Dahl fremhever viktigheten av å støtte opp om familiemedlemmer som viktige støttespillere i pasientens liv. Samtidig må pasienten motiveres for samarbeid med familien. En av forutsetningene for at et godt familiesamarbeid må være basert på et samtykke fra pasientens side (ibid). Tidligere forskning viste også at

intervensjoner som å støtte og veilede familier var et av de selvmordsforebyggende tiltak som var viktig blant ungdommer (Nrugham, Herrestad & Mehlum, 2010). Den allmenne oppfatning fra sykepleierne i min studie, var at foreldre/foresatte var en ressurs. Sykepleierne opplevde også at de foresatte selv hadde et utbytte av på delta på gruppene. Ungdommene rapporterte at foreldrene forandret seg på hjemmebane og kommunikasjonen endret seg til det bedre. Fordelen med gruppene var at sykepleierne så at foreldrene hadde nytte av gruppesamtalene. De så at foreldrene fikk utveksle erfaringer. Foreldre snakket med andre foreldre og det kunne oppleves som styrkende at de ikke var alene om problemene. Ifølge (Miller, Rathus & Linehan, 2007) er familiemedlemmer en viktig brikke i behandlingen. Det gjør foreldrene i stand til å lære ferdigheter samtidig med ungdommen. Foreldrene lærer å regulere sine egne følelser, samt å kommunisere bedre med ungdommen. I noen enkelte få tilfeller er det ikke mulig å ha familiemedlemmer som deltagere i de ordinære familiegruppene og da anbefaler Miller, Rathus & Linehan en engangs workshop der terapeutene orienterer foreldrene om selve behandlingen, teorier og ferdighetstreningen (ibid). I studien min fortalte en av sykepleierne om at flere av foreldrene gjerne ville ha mere undervisning om fysiologiske mekanismer under f.eks. et angstanfall og andre ting som kunne være aktuelt. I følge henne uttrykte foreldrene et behov for mer undervisning. Sykepleieren mente at det krevde tid og ressurser til å lage nye undervisninger, men så ikke bort ifra at dette var noe som kunne vært aktuelt å ha fått til senere. I alle fall registrerte sykepleieren at det var et behov som mange av foreldrene hadde gitt uttrykk for.

5.2.3 Håp og mestring

Travelbee beskriver sykepleiens overordnede mål som å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 1996:406). Sykepleie er også knyttet til å forebygge sykdom og å fremme helse. Håpet står sentralt i Travelbees tenkning. Ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen (ibid). En av sykepleierne i studien min mente at det var viktig å initiere håp på vegne av ungdommen og at ungdommene trengte ytre motivasjon. Ytre motivasjon er den typen adferd hvor drivkraften for handlinger kommer fra ytre belønninger (Kuvaas, 2008:54). Dette kan skje gjennom handlinger du vil oppnå skryt for å gjøre, eller i en jobbsituasjon hvor man får lønn, bonus, frynsegoder, eller forfremmelse m.m. Det kan også være snakk om handlinger man gjør for å unngå straff som degradering eller oppsigelse. Det vil altså si at den ytre motivasjonen er heftet til en ytre belønning som er et resultat av en handling (Kuvaas, 2008). At ungdommene trengte ytre motivasjon mente sykepleieren var en

del av arbeidet som de hadde i forhold til å motivere ungdommene. Sykepleieren mente at det kunne være slik at ungdommene trengte en ytre motivasjon som kunne senere bli til en indre motivasjon gjennom behandlingsforløpet. Hun påpekte viktigheten av å gi god informasjon både til ungdom og foreldre, men også viktigheten av å motivere og initiere håp på vegne av ungdommene. Åkerman (2010) mener at *for mye* ytre motivasjon hos terapeuten kan føre til at pasienten dropper ut av behandling. Derfor er det viktig at terapeuten forstår at det som er dysfunksjonelt og livstruende atferd hos pasienten, er av pasienten oppfattet som en livsviktig mestringsstrategi. Den som skader seg selv, er vanligvis motivert for å fjerne den følelsesmessige lidelsen som ligger til grunn for den selvdestruktive atferden. Åkerman hevder at spesielt i den innledende fasen av DBT er det for mye å kreve 100% motivasjon hos pasienten. Åkerman nevner at faren for at pasienter faller ifra behandling dreier seg som at pasienter finner større trygghet i sin selvdestruktive atferd enn i terapien (ibid). Sykepleieren i min studie mente også at det var for mye forlangt at pasientene var 100% motivert til behandling, men at pasientene ble mer motivert etter kort tid. Det mente hun avhang av å bruke tid på både på informasjons – og motivasjonsarbeid.

Åkerman (2010:140), som selv har erfaring med selvskading, forteller om drømmen om redningen, men også om skuffelsen hver gang det ikke skjedde. Drømmen om redningen kan ifølge Åkerman både lede til passivitet og til at man med hensikt arbeider i feil retning overbevist om at «hvis jeg bare skader meg nok», så kommer de og hjelper meg. Åkerman forteller om sine egne erfaringer og om hvordan hun skadet seg selv rett før en utskrivelse i håp om å være lengre på avdelingen (ibid). I mitt materiale fortalte flere av sykepleierne om dette Åkerman beskriver over, men det var noe som oftest skjedde på avdelingen hvor pasientene var innlagt. Pasientene blir henviste til behandling, da f.eks. til DBT-behandling, og pasientene sier seg villig til å være med på denne behandlingen.

Åkerman (2010:147) forteller også den lange veien frem mot et liv uten selvskading og håpløshet. Hennes mantra i livet ble ordet «tilfreds» for det sier mer enn å være frisk. Å være tilfreds med livet med livet innebærer ikke at man er lykkelig eller man lever et perfekt liv, men at man trives og kjenner seg fornøyd med det slik det er. Men Åkerman nevner viktigheten av å ta vare på egenansvaret som pasient (s. 180). Målet er jo å lære å leve i verden og ikke å beskyttes fra verden. Noen ganger er kan det være høyst nødvendig å frata et menneske ansvaret for at det skal overleve. Dette kan dreie seg om f.eks. en alvorlig syk anorektiker som ikke vil spise og må tvangsmates eller en selvskadende person som ikke kan

ha barberblad på rommet (ibid). Åkerman (2010:180) henviser til et gammelt kinesisk ordspråk som beskriver hva hun mener er viktig med tanke på å ta vare på egenansvaret:

«Gi et menneske en fisk, og hun har mat for en dag. Lær henne å fiske og hun forsørger seg selv.»

Antonovsky presenterer i den salutogene modell en definisjon på opplevelse av sammenheng (s.39-41) tre kjernekomponenter som han valgte å kalle begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at et stimuli som man utsettes for i det indre og ytre miljøet er kognitivt forståelig, sammenhengende og strukturert i stedet for kaotisk, uorganisert, tilfeldig og uorganisert. Personer som skårer høyt på begripelighet forventer at stimuli personen møter, er forutsigbar eller kan plasseres i en sammenheng og forklares. Håndterbarhet handler om i hvilken grad personen har ressurser til å takle problemer og hindringer. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet vil man ikke innta en offerrolle eller føle at livet er urettferdig. Meningsfullhet handler i stort sett om livet er forståelig og at personen er villig til å ta utfordringer og finne meninger i disse, være engasjert og gjøre sitt beste for å komme igjennom de (ibid). En av sykepleierne fortalte selv om mange av ungdommene slet med f.eks. etterreaksjoner etter flere typer vold (fysisk vold, seksuell vold og psykisk vold), så klarte allikevel mange av disse ungdommene å endre atferden sin, bli bedre emosjonelt regulerte og styre sin impulsivitet eller håndterte vanskeligheter på en annen måte. Sykepleieren beskrev det som fenomenalt å se slike endringer. De resultatene som fremgikk av brukerundersøkelsen til det ene teamet bekrefter at ungdommen opplevde mestring og sammenheng. I DBT-behandling fikk de lære seg nye ferdigheter. Ungdommene klarte å sette ord på vanskelige følelser og klarte å regulere seg slik at de mestret sine liv på en bedre måte.

5.3 Sykepleiernes møte med konsultasjonsteamet i DBT. Betydning av metode.

5.3.1 Styrke i teamet

En forutsetning for å utvikle et terapeutisk miljø er at de forskjellige yrkesgrupper skaper en fellesskapsfølelse (Larsen, 1981 i Hummelvoll og Dahl, 2012). God korpsånd og et felles ansvar for kvaliteten av, og tonen som skal prege miljøarbeidet er nøkkelfaktorer for tverrfaglig samarbeid (s. 478). For å beholde mot og optimisme i miljøarbeidet behøver den enkelte medarbeider og personal som gruppe både bekreftelse, støtte og stimulering. Arbeidssituasjonen må oppleves meningsfull for å unngå stress og ambisjonsnivået bør

samsvare med de faktiske muligheter man har for å nå målene (ibid). Studien min viste at sykepleierne satte teamfølelse og teamarbeid høyt. Det å kunne dra veksler på hverandres erfaring var noe alle sykepleierne nevnte som viktig. Alle sykepleierne mente at styrken lå i nettopp teamet og teamfølelsen. Ifølge en studie som hadde forsket på erfaringene blant klinikere i DBTs konsultasjonsmøter, viste noen av resultatene til opplevelsen av styrke og trygghet i teamet (Walsh, Ryan & Flynn, 2018). I denne studien kom det også frem at deltakerne lærte mer av tilbakemeldinger fra de andre hvis relasjonene innenfor teamet var sterke. Et annet resultat viste at humor og jovialitet var viktig for å kunne takle stressituasjoner i arbeidet (ibid). En av sykepleierne nevnte viktigheten av å ikke stå alene i vanskelige situasjoner. Konsultasjonsteamet var en arena der han fikk drøftet og utvekslet erfaringer. Konsultasjonsteamet hadde et felles ansvar for pasientene og det var med på å skape trygghet for terapeutene. Sykepleierne fortalte at det var *teamets* pasienter, og ikke *deres* pasienter.

Det bør, ifølge Hummelvoll og Dahl (2012) holdes regelmessige møter hvor pasientenes situasjon drøftes. Teamets oppgave er å skape terapeutisk realisme med klare mål for arbeidet og for den enkelte pasient. Foruten å styrke fellesskapsfølelsen i teamet vil også et slikt forum også tjene som et faglig sikkerhetsnett i og med at pasientens situasjon blir flerfaglig belyst. Dette er med på å skape trygghet (ibid). Teamene i denne studien hadde ukentlige møter, samt ekstern veiledning fra NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging) ca tre ganger i halvåret. Teamene hadde bestandig en fast agenda som var programfestet. Sykepleierne mente at disse møtene var effektive og konkrete. Alle teamene fortalte også om en stram struktur som de fulgte. De innledet alle disse møtene med *oppmerksomt nærvær*, som er en mindfulnessøvelse. Deretter ble det tatt en runde på problemstillinger. Enkelte problemstillinger hadde forrang, som f.eks. selvdestruktiv atferd og terapihindrende atferd. Rollespill ble benyttet for å belyse problemstillinger eller hvis noen «sto fast» i f.eks. individualterapien. Gjennom rollespill kunne teammedlemmene få råd og veiledning til andre måter å møte problemet på.

Når mange forskjellige yrkesgrupper arbeider tett sammen kan konflikter om kompetanse oppstå (Hummelvoll og Dahl, 2012:478). Personlig motsetninger og spenninger vil kunne være med på å bestemme atmosfæren innad i gruppen. Et krav til de som skal samarbeide er at de kjenner hverandre som personer og har innsikt i hverandres fagfelt for å kunne utnytte dette i arbeidet. Man hevder at personer som er trygge på sin egen yrkeskompetanse er mer åpne inn i det tverrfaglige samarbeidet (ibid). Sykepleierne i studien var enige om at følelsen

av likeverd på tvers av yrkesgrupper var uttalt, og alle sykepleierne i studien min følte at deres egne kompetanser ble verdsatt blant de andre i teamet. En av sykepleierne sa at kartlegging og diagnostisering ble foretatt av psykologspesialister eller leger, samt spesielle erklæringer og medikamentutskrivning, men i selve teamarbeidet følte de at alle bidro inn med sin kompetanse.

Dialogferdigheter er nøkkelordet i alle team (Spurkeland, 2005). Gruppedialoger (s. 108) bør begrenses til noen få fokusområder som:

- Agenda – den planlagte og den virkelige
- Prosessen – improvisasjonens og fleksibilitetens kunst
- Sanseninntrykk, observasjoner og intuisjon
- Konklusjoner og resultater

Ifølge Spurkeland (2005:108) har mange møter godt av å bli endret underveis. Prosessen og det uforutsigbare vil kunne påvirke agendaens struktur og plan. Flexibiliteten og evne til å la møtet få en form som gjør det effektivt og dagsaktuelt, er viktigere enn å tviholde på planlagt agenda. Deltakerne og utviklingen i møtet må avgjøre noe, mens rigide agendaer kan stjele mye kraft fra dynamiske mennesker (ibid). Deltagerne i studien fortalte om struktur og at de satte pris på nettopp dette. Mange av sykepleierne nevnte at de ofte kontaktet teamkollegaer om problemstillinger eller utfordringer utenom konsultasjonsteamet. Flexibiliteten lå mer i den uformelle kollegiale sammenhengen og heller fastsatte det ukentlig møtet i en stram funksjon. Min tolkning av konsultasjonsmøtene var at de var av praktisk karakter som inneholdt både administrative ting men også problemstillinger i terapeutisk sammenheng.

Prosessen i å lede grupper innebærer å være både fleksibel og kunne improvisere (Spurkeland, 2005:109). En leder som stiller spørsmål og utfordrer deltagerne, er viktig. Ved å stille spørsmål angir det retning, dypere tanker og fornyet kraft. Respons fra flere er nødvendig for å kunne dra en konklusjon. Tålmodighet og ro gir grundighet og fanger opp svakheter. En leder bør ha oversikt mens møtedeltakere kan utvise engasjement i dialogen. Som leder bør man være prosessorientert (ibid). I konsultasjonsmøtene var det bestandig en som ledet møtene. Denne personen hadde oversikt i den strukturelle formen på møtet, samt at det åpent for problemstillinger som skulle opp til diskusjon. Gjennom min egen erfaring i disse konsultasjonsmøtene følte jeg at alle i teamet ble sett og hørt. Ofte ble rollespill benyttet

for å kunne belyse problemet på en annen måte. Man fikk flere innfallsvinkler i å forstå problematikken eller andre tilnæringsmåter for å adressere problemet på.

Gode prosessledere ser og hører mer enn de taler (Spurkeland, 2005:110). Det kan dreie seg om engasjement, sakskunnskap, delaktighet, motivasjon, dominans, løsningsvilje, holdninger, forslag, etikk, samspill og støtte. En god prosessleder observerer kroppsspråk, toneleie, stemmebruk og allianser. En dialog uten oppsummering og konklusjoner gir følelse av å ha kastet bort tiden. Selv om synlige resultat virker uklare, finnes det alltid et resultat. Det kan være at deltakerne har bedre innsikt i hverandres ståsteder (ibid). Når deltagerne forteller om sine erfaringer med å bruke rollespill så sier de noe om løsningsvilje og engasjement. Det vitner også om delaktighet, samspill og støtte. Gjennomgangstonen i DBT var at dette var teamets pasienter og ikke min eller din pasient. Det ga også en følelse av fellesskap og ved å drøfte problemstillinger i fellesskap var hele poenget med å være et team. Det handlet om å gjøre hverandre god, og som Spurkeland (2005:118) nevner:

«Enhver personlig relasjonell påvirkning som får et annet menneske til å kjenne seg psykisk sterkere, mer kompetent og i stand til å ta i bruk det beste i seg»

5.3.2 Effekt av behandling

Alle deltagerne fortalte om bedring hos pasientene. Det var uvisst om det var pasientenes *håndtering* av livet som var blitt bedre og ikke nødvendigvis omvendt. Noen av sykepleierne rapporterte om pasientenes utbytte var alt i fra kjempekrise til vanlig liv. De fleste sykepleierne rapporterte at effekten var synlig først i slutten av behandlingen. Noen av teamene kjørte evalueringer etter endt behandling, mens andre team ikke gjorde dette.

Det er mange grunner for å samle data fra DBT-programmet ifølge Dimeff & Koerner (2007:327). Først og fremst er det viktig å vite om DBT faktisk oppnår gode resultater. Dimeff & Koerner har oppgitt flere grunner. En grunn kan være å kunne vise til tall og data som kan bekrefte at pasienter har hatt nytte av behandlingen. En annen grunn, som Dimeff & Koerner oppgir, kan være å få støtte og ressurser fra ledelse og administrasjon. Innleggelsler og lange sykehusopphold er kostbart, og en god behandlingseffekt kan føre til færre innleggelsler. Den tredje grunnen som Dimeff & Koerner nevner, dreier seg om virkemidler for refusjon. Til sist handler det om terapeutene. Ifølge Dimeff & Koerner er objektive data som forteller om at en behandling virker, formidler også at terapeutene gjør en god jobb (ibid). Det teamet som hadde sluttevalueringer, fikk gjennom dette se effekten av hva som var bra og hva som var dårlig. Dette teamet ønsket seg en evaluering etter 6 måneder for å se om behandlingen sto seg på sikt. De andre teamene ønsket mere forskning på effekt, men hadde

selv ikke kapasitet til å utføre evalueringer. Alle teamene var enige om at de så effekten men ikke fikk målt effekt slik de ønsket. En sykepleier nevnte også at det var viktig at behandlingen måtte være forankret i ledelsen slik at de fikk nok tid og ressurser til å gjøre behandlingen best mulig. Det var også ønskelig med direkte henvisninger og at DBT var mer *synlig* som behandlingsmetode.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) har siden 2008 tilbudt utdanningsprogram i dialektisk atferdsterapi (DBT) for terapeuter som møter ungdom og voksne med gjentatt selvskadende atferd og emosjonell dysregulering ved depresjon, rusproblematikk og spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet gir årlige tildelinger til drift og utvikling (Helsedirektoratet, 2014). I 2017-2018 er det for tiden flere terapeuter under utdanning i DBT. Det finnes også muligheter for suppleringskandidater hvor man kan bli tatt opp i et allerede eksisterende team (Dialektisk atferdsterapi, u. å.).

6 Oppsummering

Samlet sett er sykepleiernes kompetanse både teoretiske, yrkesspesifikke ferdigheter men også personlige kompetanser. Alle disse er på en måte byggesteiner som alene ikke kan utgjøre en samlet profesjonell kompetanse. En samlet profesjonell kompetanse er noe som tar lang tid å opparbeide. Skau (2017:68) har videreutviklet kompetansetrekanten til en mere dynamisk, overlappende spiralform. Spiralformen er med på å illustrere et ubegrenset utviklingspotensial over tid og samtidig bevare en slags grunnstruktur som flyter over i hverandre. Erfaringer gjort på et tidspunkt blir overført videre, noen innsikter foredles, andre gir man slipp på. Skau minner på teoretiske modellens forenkling av det virkelige liv og at det ikke er formen som er viktigst, men kunnskapen og den profesjonelle kompetansen er noe som utvikles hele veien (ibid). Sykepleierne i denne studien hadde mange års erfaring og videreutdanninger. Gjennom årene er det opparbeidet kunnskaper og erfaringer som kan betegnes som en slags spisskompetanse eller samlet profesjonell kompetanse. Like fullt vektlegges den menneskelige faktoren og den personlige kompetansen som «*fordi jeg er meg*» i arbeidet.

Skau (2017) hevder at empati og omsorg for andre og evne til å beskytte og ta vare på de svake er nyttige egenskaper ved oss som mennesker og som samfunn. Samtidig er det viktig at profesjonsutøvere utvikler sin evne til å skille mellom konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse, og til å si nei til sistnevnte (ibid). Det var viktig, ifølge sykepleierne, at man ikke reagerte på *appellen*, men behandlet skaden uten å gi atferden ekstra oppmerksomhet. Den uhensiktsmessige atferden skulle endres, ikke opprettholdes. I DBT er det et prinsipp at terapeuten ikke skal forsterke selvdestruktiv atferd (Kåver et al., 2005). Paradokset er at fravær av ekstra omsorg blir det mest validerende og ivaretagende terapeuten kan gjøre i slike situasjoner. Flere av sykepleierne påpekte ønsket om å hjelpe men også om ønsket om å *forstå*. Åkerman (2010) hevdet på sin side, at det var lettere å få hjelp og forståelse med sår på armene. Når sårene var grodd forsvant støtten og folk sluttet å engste seg. Engstelsen for å stå alene igjen etter utskrivelser kunne være utløsende for tilbakefall av selvskadingen. Åkerman hevder at selvskading ikke bare er destruktivt, men også en form for selvoppholdelse (ibid).

Det er tre forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon og det er væremåte, empati og anerkjennelse ifølge Røkenes, Hanssen & Tolstad (2012). Åkerman (2010) nevner betydningen av terapeutisk allianse mellom pasient og terapeut. Den terapeutiske alliansen er betydningsfull, ikke bare for det endelige sluttresultatet, men den terapeutiske alliansen er

viktig for å holde pasientens motivert gjennom hele behandlingen (ibid). Sykepleierne i denne studien påpekte viktigheten av relasjoner og terapeutiske allianser.

Foreldrefaktoren var en grunnleggende faktor for suksess i DBT. Ifølge Johnsen & Torsteinsson, (2012) er problemer noe som familien er sammen om og har mulighet til å løse i fellesskap. Det å være en del av hverandres liv betyr at man påvirker hverandre på godt og vondt. Familieterapiens fokus er ifølge Johnsen & Torsteinsson på ressurser og muligheter. I oppståtte problemer vil familien være en ressurs i forhold til å løse de (ibid). Den allmenne oppfatning fra sykepleierne i min studie, var at foreldre/foresatte var en ressurs. Sykepleierne opplevde også at de foresatte selv hadde et utbytte av på delta på gruppene. Ungdommene rapporterte at foreldrene forandret seg på hjemmebane og kommunikasjonen endret seg til det bedre.

En av sykepleierne i studien min mente at det var viktig å initiere håp på vegne av ungdommen og at ungdommene trengte ytre motivasjon. Åkerman (2010) mener at *for mye* ytre motivasjon hos terapeuten kan føre til at pasienten dropper ut av behandling. Derfor er det viktig at terapeuten forstår at det som er dysfunksjonelt og livstruende atferd hos pasienten, er av pasienten oppfattet som en livsviktig mestringsstrategi (ibid). Sykepleierne i min studie brukte mye tid på å motivere ungdommene både før og i behandling.

En salutogen tilnærming handler om hva er det som skaper helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det er viktig å forske på, forbygge og behandle sykdommer, samt å vurdere sykdomsfremkallende konsekvenser av stressfaktorer. Ifølge Antonovsky er det ikke den salutogene tankegangen bare en forutsetning for, men tvinger oss til å utforme og fremme en teori om mestring (Antonovsky & Sjøbu, 2012: 37). Sykepleierne i min studie hevdet at ferdighetstreningen i DBT tilførte pasientene en opplevelse av håp og mestring.

Betydningen av metode utsprang fra sykepleiernes erfaringer med metodens fasthet og struktur, men også fellesskapsfølelsen og teamfølelsen. Trygghetsfølelse og tverrfaglighet var andre nøkkelord. En forutsetning for å utvikle et terapeutisk miljø er at de forskjellige yrkesgrupper skaper en fellesskapsfølelse (Larsen, 1981 i Hummelvoll og Dahl, 2012). God korpsånd og et felles ansvar for kvaliteten av, og tonen som skal prege miljøarbeidet er nøkkelfaktorer for tverrfaglig samarbeid (ibid).

Når det kommer til effekten etterlyste flere av deltagerne mere forskning på effekten av behandling. Erfaringene som sykepleierne i denne studien gjorde, var i DBT ble ting satt i et system. Det var fast struktur og en egen utarbeidet ungdomsversjon. De hadde et nyttig

verktøy å jobbe med og det var helt konkrete ting å ta fatt i. Styrken lå i teamfølelsen og at det var teamets pasienter. Et fellesskap som kvalitetssikret den jobben som ble gjort.

Konsultasjonsteamet sikret i tillegg at man reflekterte over egen praksis. Den faste og strukturerte agendaen hindret at møtene ble ineffektive. I kollegaskap kunne innhente råd og veiledning og drøfte problemstillinger. Dimeff & Koerner (2007) nevner flere grunner for å evaluere behandlingen som å få støtte og ressurser fra ledelse, det kollegiale potensialet, virkemidler for refusjoner og effekten av behandling.

6.1 Konklusjon

Alle deltakerne i denne studien framhevet at deres sykepleiekompetanse var en stor fordel i dette arbeidet. Samtidig ble personlige egenskaper og evne til å knytte terapeutiske allianser løftet frem som avgjørende i møtet med pasientene og deres foreldre. Ifølge deltakerne i studien var foreldrene en suksessfaktor som bidro til stabilitet i samtalegruppene.

Motivasjonsarbeid som *ytre motivasjon* ble trukket frem som et virkemiddel for å motivere pasientene til å gjennomføre behandlingsperioden. Deltakerne i studien opplevde at pasientene oppnådde mestring ved hjelp av ferdighetstreningen i DBT. Deltakerne mente at DBT som metode hadde effekt og ga færre sykehusinnleggelses og hindret reinnleggelses. DBT-terapeutene hadde stor nytte av konsultasjonsteamet når det kommer til veiledning og støtte innen teamet. Studien gir ikke valide funn for at sykepleiekompetanser er bedre enn andre yrkeskompetanser. Studien gir heller ikke svar på hvorfor ungdom skader seg eller har suicidal atferd.

6.1.1 Implementasjon for praksis

De fleste av informantene ønsket at det ble mere forskning på DBT-behandling. Noen virkemidler kan være å få standardiserte evalueringsskjemaer på brukerfornøydhet i alle DBT-teamene i Norge. Det kan være med på føre forskningen videre.

6.1.2 Styrker og begrensninger ved studien

Det jeg tenker er en styrke ved studien er at det tidligere ikke er forsket på min problemstilling før. Sykepleiernes kompetanse ble løftet frem. Resultatet ble et ganske stort datamateriale, og som igjen kan gi mange innfallsvinkler for nye problemstillinger. Mange har kanskje ikke hørt om Dialektisk atferdsterapi før, og jeg forsøkt å belyse denne behandlingsformen så godt som jeg har kunnet. Jeg har mitt beste i drøftelsen av teori og

empiri, og har kanskje gjennom et stort datamateriale avdekket et grunnlag for flere forskningsspørsmål.

Svakheten ved et stort materiale kan være at det kan bli overflatisk og ikke nok dybde i studien. Hadde jeg visst det jeg vet i dag, hadde jeg konsentrert meg om et mindre område av funnene. Da kunne jeg gått enda mer i dybden og brukt færre teoretiske perspektiver i diskusjonen. Denne læreprosessen kom for sent til at jeg kunne endre studien min. Jeg gjorde mange erfaringer i prosessen med å skrive masteroppgaven, og kanskje var det akkurat dette jeg skulle lære i denne omgangen.

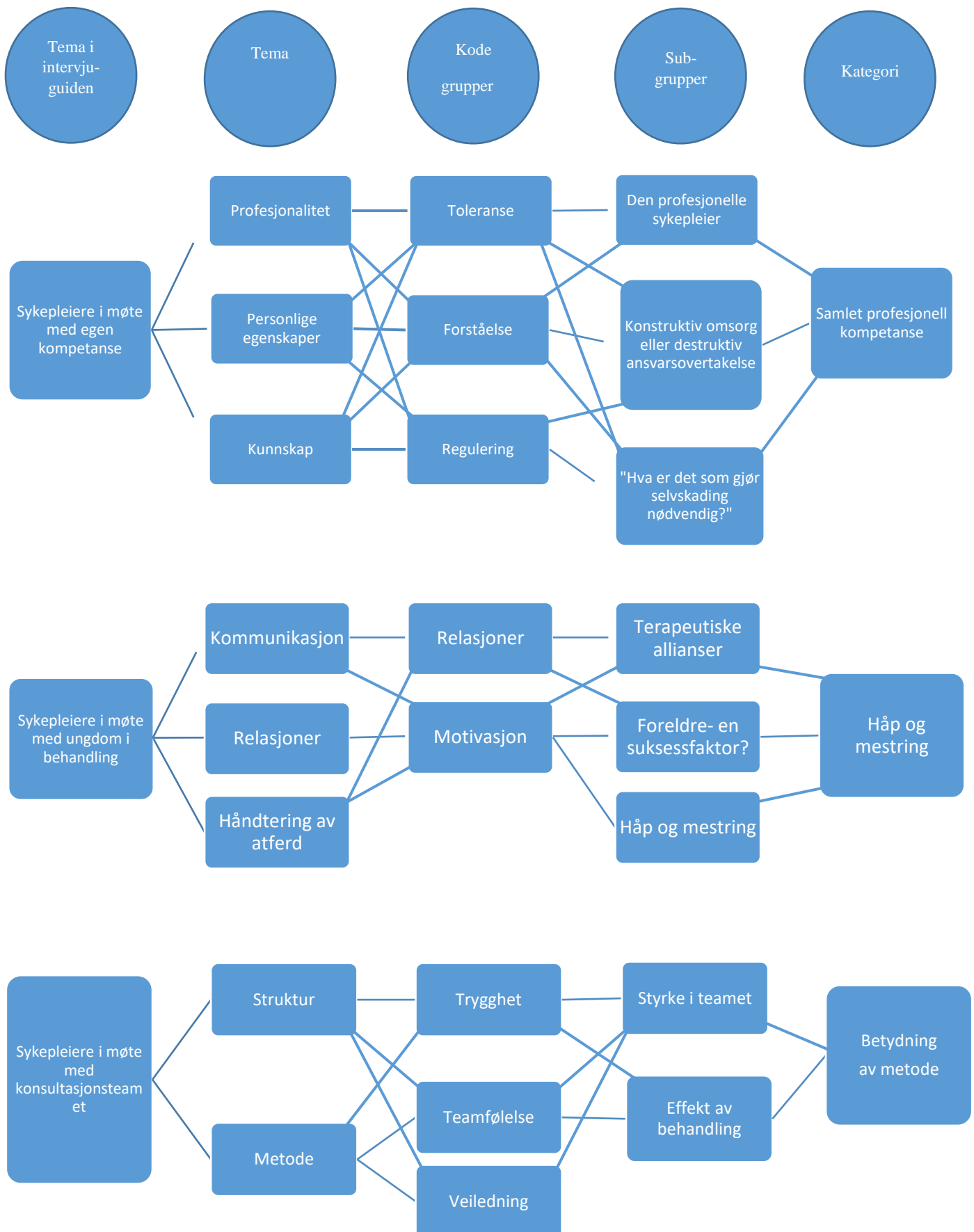
Litteraturliste:

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Unraveling the mystery of health. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dialektisk atferdsterapi. (u. å.). *Opptakskrav og retningslinjer for DBT-utdanningen*. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/GAMMELdbt/opptakskrav-dbtutdanningenrev-17.pdf> [Lest 15. august 2017].
- Dimeff, L. A. & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice : applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- Gadamer, H.-G., Holm-Hansen, L. & Schaanning, E. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Oslo: Bokklubben.
- Grøholt, B. & Sund, A. M. (2016). *Suicid og suicidal atferd*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-4-suicid-og-suicidal-atferd/> [Lest 10. mars 2018].
- Hanssen, H. & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf.
- Henderson, V. & International Council of, N. (1993). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Ny utg. utg. Fagserie (Norsk sykepleierforbund : trykt utg.), b. 2/93. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie : 1 : Fag og yrke : utvikling, verdier og kunnskap*, b. 1. Oslo: Universitetsforl.

- Kuvaas, B. (2008). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser : evidensbasert HRM*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kåver, A. et al. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning teori, strategi och teknik. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Mehlum, L. et al. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53 (10), 1082-1091. 10.1016/j.jaac.2014.07.003.
- Mehlum, L. et al. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (4), 295-300. 10.1016/j.jaac.2016.01.005.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer : regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Nrugham, L., Herrestad, H. & Mehlum, L. (2010). Suicidality among Norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2010, Vol.64(5), p.317-326, 64 (5), 317-326. 10.3109/08039481003628364.
- Osborne, U. L. & McComish, J. F. (2006). *Borderline personality disorder: nursing interventions using dialectical behavioral therapy*. [Thorofare, N.J.] :. 40-47 s.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H. & Tolstad, O. (2012). *Bære eller briste : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 5. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri : kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3. utg. utg. Oslo: Akribe.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, IS-1405. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/237/Psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene-IS-1405.pdf>.

- Spurkeland, J. (2005). *Relasjonskompetanse : resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforl.
- Tørmoen, A. et al. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 48 (9), 1447-1455.
10.1007/s00127-012-0646-y.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Walsh, C., Ryan, P. & Flynn, D. (2018). Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5 (1), 3. 10.1186/s40479-018-0080-1.
- Ystgaard, M. et al. (2003). Deliberate self harm in adolescents. *Villet egenskade blant ungdom*, 123 (16). Tilgjengelig fra.
- Åkerman, S. (2010). Terapeutisk allians som motivationsfaktor i DBT. *Suicidologi*, 15 (1), 8-10. Tilgjengelig fra.
- Åkerman, S. & Plau, H. S. (2010). *For å overleve : en bok om selvskadning*. För att överleva - om självskaðebeteende. Oslo: Humanist forl.

Vedlegg 1. Skjematisk fremstilling av analyseprosessen:



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Hvilke utfordringer erfarer sykepleiere i arbeidet med selvdestruktiv og suicidal atferd hos ungdommer i et poliklinisk DBT-behandlingstilbud?»

Bakgrunn og formål

Fokuset på psykisk helse hos ungdom er et satsningsområde som fremmes nasjonalt. Etter å ha fått et innblikk i DBT som behandlingsmetode vil jeg forske på eventuelle utfordringer som helsepersonell kan erfare i sitt arbeide med ungdom. Jeg har valgt å fokusere på sykepleieres sine erfaringer i dette arbeidet. Det er gjort mange store studier av effekten av DBT som viser gode resultater, men det er forsket lite på sykepleieres erfaringer med bruk av metoden. Dette er en masteroppgave ved UiT Norges arktiske universet i Tromsø.

Utvalget:

Det er ønskelig med spesialsykepleiere innen psykisk helsearbeid, og med utdanning i DBT.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Prosjektet bygger på kvalitativ metode og vil bestå av dybdeintervju av deltagere. Intervjuene vil ta ca 45-60 minutter. Spørsmålene vil omhandle faglige utfordringer i arbeidet med selvdestruktive og suicidale ungdommer, og hva som er viktig klinisk kompetanse for å arbeide med denne pasientgruppen. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og alle hensyn til anonymitet og personvern vil bli ivarettatt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun prosjektleder, Bente Kristin Istad og veileder.....som vil ha tilgang til dataene så lenge prosjektet pågår. Alt datamateriale og opptak knyttet til intervjuene vil bli forsvarlig ivarettatt med tanke på å sikre anonymitet og identifisering etter gjeldene regler ved UiT's rutiner for datasikkerhet. Publisering kan skje i vitenskapelige og faglige tidsskrifter. Forventet prosjektslutt skal være i desember 2019. Eventuelle forsinkelser av prosjektet vil bli meldt til de rette organer. Etter prosjektets slutt vil alle lydfiler bli slettet og alle opplysninger slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Bente Kristin Istad, spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og student ved UiT

Tlf.

Epost:

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Kontaktinformasjon:

Tlf: _____

Epost: _____ :

Intervjuguide

Etter presentasjon av meg selv, takke for at han/hun stiller opp, minner på om anonymisering og at det blir tatt opp på lydfil og slettes etter prosjektets slutt. Jeg spør om det er noen spørsmål før vi starter

Tema 1: Sykepleiekompetanse (her er jeg ute etter å kartlegge sykepleiers erfaringer og kompetanse)

- Kan ikke du innledningsvis fortelle meg litt om deg selv i yrkessammenheng? Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier? Hvor lenge har du arbeidet i ungdomspsykiatrien og hvor lenge har du arbeidet med DBT?
- Hva tenker du er viktig klinisk kompetanse for å arbeide med selvdestruktive og suicidale ungdommer?

Tema 2: Sykepleier i møte med selvskadende og suicidal ungdom (Konteksten er ungdommer i DBT-behandling med utfordringer som suicidalitet, selvskading og annen uhensiktsmessig atferd. Jeg er her ute etter sykepleiers erfaringer i denne sammenheng)

- Hvilke erfaringer har du med det å komme i posisjon ovenfor pasienten? Hvilke utfordringer kan man stå over for i dette? Kan du gi noen eksempler? (Evt. oppfølgings spørsmål – Kan du utdype dette litt mer?) Hvilke virkemåter kan tas i bruk når det er vanskelig å komme i posisjon til pasienten?
- Har du opplevd at pasienter har skadet seg eller tatt sitt eget liv, under eller etter behandlingsopplegget? I hvilken grad har dette påvirket deg? Har du noen opplevelser som du kan dele?
- I DBT er det en zenbudistisk tenkning som går ut på oppmerksomt nærvær. Hvor viktig synes du det er i terapeut/pasient sammenheng? Hvilke erfaringer har du med tanke på oppmerksomt nærvær i pasientsammenheng?
- Et gjennomgående veiledende prinsipp i DBT er å ikke forsterke selvdestruktiv atferd gjennom å unngå å reagere med ekstra varme og omsorg når pasienten har skadet seg. Hvilke erfaringer har du når det gjelder dette? Kom gjerne med noen eksempler
- Har du opplevd en solskinnshistorie og hvordan har den berørt deg?

Tema 3: Sykepleier i møte med DBT og veiledning (Her tenker jeg inn på erfaringen med metoden DBT og veiledning)

- Hvilken rolle har du i teamet? Fortell litt om sammensetningen i teamet.
- Føler du at din kompetanse blir verdsatt innen teamet? Er det likeverdighet blant teammedlemmene? Hvilke erfaringer har du gjort deg mht til dette?
- Hvilken type veiledning for helsepersonellet finnes det i DBT-teamet og hvor viktig er dette for deg som terapeut? Hvordan arter dette seg?
- Har teamet evaluering av effekten på behandlingen?

Oddny Igland

9037 TROMSØ

Vår dato: 09.10.2017

Vår ref: 56050 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger , mottatt 19.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

56050

Klinisk kompetanse med Dialektisk Atferd ste rapi i ungdomspsykiatr isk behandling , slik sykepleiere erfarer det.

Behandlingsansvarlig

UiT Norges arktiske universitet, ved institu onens ø verste leder

Daglig ansvarlig

Oddny Ig/and

Student

Bente Kristin /stad

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav person vernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører pro sjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- kra v til informertsamtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerh et

Veiledning

Krav til informert samtykke

Ut val get skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samty kke til deltak else.

Informa sj on må minst omfatte :

- at UiT Norges arkt iske uni versitet er behandlingsansvarlig institus j on for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopply sninger

Dokum entet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektroniskgodkjenning.

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når proajektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i proajektet

Dersom proajektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om proajektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om proajektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgjengelig egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved proajektsslutt

Ved proajektsslutt 31.12.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt proajekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørre skjema leverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at fri viligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med proajektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no