



Bachelorgradsoppgave

Møte med selvskadende ungdom.

Meeting self-harm adolescents.

Sykepleierens holdninger, følelser, kunnskap og forståelse.

Nurses attitude, emotions, knowledge and understanding.

Åse Marie Aa.Eggen

Antall ord: 9996

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

Abstrakt:

Introduksjon: Selvskading har blitt et viktig offentlig helseproblem og representerer en stor faglig utfordring både for psykiatrien så vel som det somatiske helsevesenet. Estimer viste til en relativ høy forekomst av selvskading i ungdomspopulasjonen og mye helsepersonell på somatiske sykehusavdelinger vil møte disse pasientene. **Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvilke holdninger helsepersonell hadde i møte med selvskadende ungdom. Samtidig hadde studien til hensikt å belyse kunnskapsnivå og forståelse helsepersonell hadde i forhold til denne tematikken. **Metode:** Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie. Ved innhenting av litteratur ble det inkludert 8 kvantitative, 1 kvalitativ og 3 studier som var en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ art, fra tidsperioden 2003-2010. Oppgaven fulgte en IMRaD struktur, som innebar introduksjon, metode, resultat og diskusjon. **Resultat:** Av analysen ble det utarbeidet tre kategorier som ville bli sentrale under resultatet: Helsepersonells holdninger overfor selvskading, selvskading vekker følelser og manglende kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell. **Diskusjon:** kategoriene ble sett i lys av den kunnskapsbaserte praksismodellen. Det organisasjonsteoretiske perspektivet ble også drøftet opp imot dette. I tråd med kunnskapskildene forskningsbaser kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og kontekst fantes det ulike faktorer som påvirket helsepersonells holdninger i enten negative eller positiv retning. Helsepersonell hadde manglende kunnskap, erfaring, forståelse og sterke følelser og reaksjoner i møte med selvskadende ungdom, noe den selvskadende ungdommen i tråd med brukerkunnskap og brukermedvirkning bemerket seg. Negative følelser oppsto særlig i forbindelse med repeterende og gjentakende selvskading og det ble ofte oppfattet som manipulerende. **Konklusjon:** I tråd med den høye og økende forekomsten av selvskading blant ungdom, bør det fokuseres på iverksettende tiltak for økt kunnskap og holdningsendring hos helsepersonell. Samtidig burde det norske helsevesenet skaffe til veie standardiserte retningslinjer og føringer i forhold til behandling og ivaretagelse av selvskadende ungdom.

Nøkkelord: allment litteraturstudie, kunnskapsbasert praksis, holdninger, selvskading, kunnskap, følelser.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon:	1
1.1 Selvskading:	1
1.2 Holdninger blant helsepersonell:	3
1.3 Følelser selvskading fremkaller hos Helsepersonell:.....	4
1.4 Relevans av studien og betydning for sykepleiefaget:	4
1.5 Oppgavens hensikt:	4
1.6 Perspektiv:	4
2.0 Metode:	6
2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk:	6
2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier:	7
Avgrensninger av studien:	7
2.3 Artikkelgranskning:.....	8
2.4 Analyse:	9
2.5 Etske overveielser:.....	9
3.0 Resultat.....	11
3.1 Helsepersonells holdninger overfor selvskading.....	11
3.2 Selvskading vekker følelser	13
3.3 Manglende Kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell:	15
4.0 Resultatdiskusjon:	17
4.1 Kunnskapsbasert praksis:	17
4.2 Helsepersonells holdninger overfor selvskading:.....	19
4.3 Selvskading vekker følelser:	22
4.4 Manglende Kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell:	24
5.0 Metodediskusjon:.....	27
6.0 Konklusjon:	29
7.0 Litteraturliste:	30

1.0 Introduksjon:

1.1 Selvskading:

Forskningsfeltet på selvskading blir ansett som relativt nytt, men det har vært gitt inntrykk av at selvskading er et økende fenomen (Thorsen 2006). Selvskading har blitt et viktig offentlig helseproblem (Kapur og Gask 2009, NICE 2011) og mye helsepersonell på somatiske sykehusavdelinger vil møte disse pasientene.

Den Amerikanske psykiateren Armando R.Favazza spådde at selvskading ville bli oppdaget som den neste store «ukjente lidelsen». Skårderud m.fl. (2010) og Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at det kan se ut som han har rett. I litteraturen er det fokus på at det er barndomserfaringer innenfor familiekonteksten som; seksuelle og fysiske overgrep, omsorgssvikt, separasjon og tap, individuelle risikofaktorer og den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene som er knyttet til utvikling av selvskadende atferd hos ungdom og voksne (ibid.).

Definisjoner:

Det finnes ikke noen klare definisjoner på selvskading (Mehlum og Holseth 2009). Begrepet «villet egenskade» brukes i større grad som fellesbetegnelse på alle handlinger en person med vilje utfører for å skade seg selv, med eller uten suicidal intensjon (Ystegaard m.fl. 2003). Dette finnes i det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet ICD- 10 (1998) under kodene x60-x84. Selvskading er her en undergruppe av «villet egenskade» hvor skaden er utført uten suicidal intensjon (Mehlum og Holseth 2009).

Mangel på klare definisjoner på selvskading tydeliggjør at selvskading ikke er en etablert diagnose i de diagnostiske systemene ICD-10 eller DSM-IV. Tidligere var det opplagt at en som selvskadet hadde en psykisk lidelse (Åkerman 2010), men slik er det ikke nå. Selvskading har ingen egen status som offisiell diagnose (Øverland 2006). De ulike definisjonene vektlegger forskjellige aspekter ved slik atferd. Selvskading er mer et fenomen eller atferd som resultat av en rekke psykiske, sosiale og kulturelle forhold (Skårderud m.fl. 2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009).

«Direkte-selvskading» og «ikke-direkte selvskading»

Det er viktig å skille mellom «direkte selvskading» og «ikke-direkte selvskading», hvor ikke-direkte selvskading går på det som er destruktivt for liv og helse, som f.eks. røyking, spiseforstyrrelse eller rusmisbruk.

Direkte selvskading går på det å aktivt påføre sin egen kropp sår, smerte og skader, ofte i form av kutting, risping, brenning, biting, slag mot kroppen eller hindring av sårtilheling. Det kan også være å

svelge ufordøyelige stoffer/gjenstander eller å ta medisinsk eller narkotisk overdose (Skårderud m.fl.2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009). Åkerman (2010) mener at man ikke behøver å lage skille mellom metodene. Det er tanken og hensikten bak som er viktig, ikke handlingene i seg selv.

Under denne oppgaven vil «direkte selvskading» bli tematisert. Vevsskader som har til motiv å være dekorativt som tattoveringer og piercing vil ikke være et tema her, da de mer eller mindre blir ansett for å være kulturelt akseptert (Skårderud m.fl.2010).

Selvskading vs Suicid:

Selv om selvskading kanskje utføres uten suicidal intensjon, finnes det en flytende gråsoner, hvor suicid er en problematisk tematikk knyttet opp mot dette fenomenet. Selvskadere vil være utsatt og være i fare for suicid (Kringen 2011). Ved alvorlig selvskade kan suicid bli et utilsiktet resultat, hvor skadene vedkommende påfører seg kan føre til døden (Sommerfeldt og Skårderud 2009, Skårderud m.fl.2010).

Relasjonen mellom selvskade og suicidalitet er at: *«En som er suicidal, ønsker primært å dø fordi vedkommende har mistet alt håp. Den som selvskader, ønsker å lette den følelsesmessige smerten for å kunne fortsette å leve. Selvmordet er den permanente utveien fra livet. Selvskading hjelper en gjennom de vanskelige øyeblikkene»* (Thorsen 2006, s. 5).

Forekomst

Selvskading varierer i alvorlighetsgrad og uttrykk. Det er mest utbredt med selvskading blant ungdom og unge voksne, mer blant kvinner enn menn (Sommerfeldt og Skårderud 2009).

Ulike definisjoner av selvskading har forårsaket at handlingen har vært vanskelig å tallfeste (Sommerfeldt og Skårderud 2009, Øverland 2006). Ystegaard m.fl.(2003) estimerte at over 10% av elevene i ungdomsskolen hadde skadet seg selv en eller flere ganger. Dette er et estimat som kan vise til en relativ høy forekomst av selvskading i ungdomspopulasjonen. Basert på definisjonen av villet egenskade fant Ystegaard m.fl.(2003) at 6,6% av ungdomspopulasjonen hadde skadet seg i løpet av det siste året. Hvor det var en stor kjønnsforskjell ved at 10,2% jenter og 3,1% gutter rapporterte at de hadde selvskadet. Disse tallene er med på å understøtte at dette fenomenet er mer utbredt blant kvinner enn menn. En mulig forklaring kan være at kvinner har en større tendens til å håndtere følelsesmessige utfordringer ved å agere på seg selv, mens menn har en større tendens til å agere på andre, i form av vold f.eks. (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Det er også en fare for underrapportering ettersom mange som selvskader prøver hardt og intenst å skjule denne atferden (Skårderud m.fl. 2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009).

Oslo skadelegevakt har utviklet et system og etablert rutiner for registrering og rapportering av data om personskader til Norsk pasientregister. I 2009-2010 ble det registrert 250 pasienter og 502 skadetilfeller som hadde villet egenskade som kontaktårsak. Hver pasient hadde da gjennomsnittlig to skadetilfeller. Tallene viste også at det er flere vilde egenskader blant kvinner enn menn, flest i aldersgruppen 20-39 år. Da de hadde brutt opp aldersgruppene ytterligere fant de at det er i alderen 20-24 år det oppstår flest vilde egenskader (Helsedirektoratet 2010).

Selvskadingens funksjoner

Selvskading forstås gjerne som et resultat av vansker med å regulere følelser og å sette ord på følelser. Den psykiske smerten uttrykkes ved å skade egen kropp. Smertens paradoks er at den kan lindre smerte. Dette er en form for dysfunksjonell mestring som kan gi kortvarig lindring av indre smerte (Skårderud m.fl.2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009). For Ribe (2008) var det å skade seg selv en «måte å gråte på». Selvskading kan også ha andre funksjoner og meninger. Det kan være en måte å straffe seg selv på eller være knyttet til uvirkelighetsfølelse. Det å ha en illusjon om kontroll, avreagering, konkretisering av følelser, flukt fra ubehag eller hjelp til å stoppe pågående tankekjør. Selvstimulering, egenomsorg, hevn, ydmykelse, oppmerksomhet eller kommunikasjon for å nevne noen. Det kan også i noen tilfeller være et signal til omgivelsene, hvor det er et rop om hjelp (Skårderud m.fl.2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009).

1.2 Holdninger blant helsepersonell:

Selvskading representerer en stor faglig utfordring både for psykiatrien så vel som det somatiske helsevesenet (Thorsen 2006). Utfordringene for helsearbeidere går både på forståelse og handling (Skårderud m.fl.2010). Holdninger blant helsepersonell mot personer som selvskader vil sammen med kunnskap om selvskading påvirke hvordan de praktiserer sykepleie og hvordan utfallet til pasienten vil bli.

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser»(Håkonsen 2009, s 205).

«Holdninger er evaluering – vurderende eller dømmende – i positiv eller negativ retning» (Håkonsen 2009, s. 205). Saunders m.fl.(2011) kom frem til at holdningene mot selvskadende pasienter på sykehus generelt var negative, som gjenspeilte seg i opplevelsen hos pasientene. De som skader seg selv blir ofte møtt med fordømmer, avsky og lite planlagt behandling. *«Det vi mennesker ikke forstår, blir som regel møtt nettopp med avsky og sjokk» (Øverland 2006, s.5).* Det kan oppleves selvmotsigende at unge mennesker ønsker å skade seg selv når man materielt sett lever i velstand og i et samfunn preget av sosial trygghet (Skårderud m.fl.2010).

1.3 Følelser selvskading fremkaller hos Helsepersonell:

Selvskadende atferd representerer en krevende følelsesmessig og terapeutisk utfordring (Sommerfeldt og Skårderud 2009). Vanskene med å forstå selvskading og den enkeltes handlinger, kan fremkalle sterke følelser hos helsearbeidere og andre som står personen nær. Det kan dreie seg om følelser som frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet og egen opplevelse av å mislykkes (Skårderud m.fl. 2010, Sommerfeldt og Skårderud 2009). Økt kompetanse er nødvendig for at behandlere skal kunne møte og regulere sine egne følelser og reaksjoner overfor pasientene, for å kunne møte pasientene på en profesjonell måte og bidra til bedre samhandling (Sommerfeldt og Skårderud 2009, Skårderud m.fl. 2010).

1.4 Relevans av studien og betydning for sykepleiefaget:

Selvskadende ungdom er en pasientgruppe man kan møte både på somatiske og psykiatriske avdelinger. Det er ønskelig at denne studien skal være med på å bevisstgjøre og forberede sykepleiere og annet helsepersonell i somatiske sykehusavdelinger på å møte ungdom som påfører seg selv skade, i tillegg til å skape en bedre forståelse rundt dette fenomenet. Dette vil være viktig fordi holdninger og følelser kan påvirke omsorgen og de beslutningene som blir gjort i møte med ungdom som skader seg selv.

1.5 Oppgavens hensikt:

Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvilke holdninger helsepersonell har i møte med selvskadende ungdom. Samtidig har studien til hensikt å belyse kunnskapsnivå og forståelse hos helsepersonell i forhold til denne tematikken.

1.6 Perspektiv:

Det vil i denne studien bli benyttet et helsepersonellperspektiv, da artiklene tar for seg deltakere fra forskjellige profesjoner og instanser innenfor helsesektoren. Begrunnelsen for å benytte begrepet «helsepersonell» er fordi det har en overførbarhet til sykepleiere som deltaker i helsepersonellgruppen. Perspektivet på oppgaven vil bli sett i lys av organisasjonskultur og systemteori fra Orvik (2013) og Bang (2011) sine teorier. Bang (2011, s.23) definerer organisasjonskultur ved at «Organisasjonskultur er de sett av felles delte normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene». Orvik (2013, s. 60) forklarer at kultur omhandler «hvordan grupper over tid bearbeider inntrykk og bruker kunnskaper og erfaringer til å utvikle et atferdsmønster av mening, verdier og normer». Bang (2011) mener spesielt at organisasjonskulturen skaper modeller for atferd ved at det dannes mer eller mindre faste mønstre for handling. Den atferden og de holdningene som rapporteres og som kan observeres på et sykehus eller en avdeling, kan være et resultat og uttrykk

for «gruppens» kultur (ibid.) I forhold til systemteorien kommer det frem at hovedprinsippet i generell systemteori er at et system består av deler som står i et gjensidig forhold til hverandre. Hvor organisasjoner som systemer består av komponenter, herunder bla. forskjellig helsepersonell, eller avdelinger i en organisasjon som en helhet som er avhengig av hverandre og hvor den enkelte komponent av systemet påvirker de andre (Orvik 2013).

2.0 Metode:

Oppgaven ble skrevet som en allmenn litteraturstudie. Det er en type studie som arter seg som en gjennomgang av allerede eksisterende forskning, som analyserer og kritisk vurderer denne litteraturen. Her beskrives og analyseres valgte studier etter et usystematisk søk (Forsberg og Wengström 2003).

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk:

Oppgaven har i hovedsak inkludert kvantitative studier. Noen av de inkluderte studiene har benyttet en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming, med hovedvekt på en kvantitativ tilnærming. Ved datasøk ble det innhentet 8 kvantitative, 1 kvalitativ og 3 studier som var en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ art, med hovedvekt på kvantitativ i tidsperioden 2003-2012 (Vedlegg 4: oversikt over inkluderte artikler).

Litteratursøkene ble gjennomført i databasene medline, Cinahl, Swemed, PsycINFO, Sciencedirect, google og google scholar. Søket ble utført ut ifra valgt problemområdet (Forsberg og Wengström 2003, Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). Det ble også gjennomført manuelle søk, som gikk på det å lete i referanselisten i allerede utvalgte artikler. Dette for å anskaffe artikler som sto i sammenheng med allerede innhentet forskning (Forsberg og Wengström 2003). Artikler som så interessante ut ble videre gransket ved å lese abstrakt og i sin helhet. Det ble innhentet 4 forskningsartikler som ble anvendt på denne måten. 2 av dem ble tilsendt fra veileder som hadde tilgangene til NTNU. Dette fordi man ved HINT sine tilganger ikke fikk opp artiklene i fulltekst (Vedlegg 2: Manuelt søk).

2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier:

Avgrensninger av studien:

På grunn av tidsposisjon og oppgavens omfang vil det være nødvendig med noen avgrensninger. Det har innledningsvis blir presisert litt i forhold til perspektiv og hensikten med denne studien.

Opgaven har inkludert unge mennesker i aldersgruppen 16-26 år med selvskadings atferd uten noen begrensning i forhold til andre tilleggdiagnoser. Det har vist seg at det er mer og mer vanlig at selvskading blir forstått som en relativt «vanlig» atferd hos ungdom både med og uten diagnostiserte psykiske lidelser. Den har også vinklet seg i en slik retning at ungdom som påfører seg selv skade har en stor risiko for selvmord, da forholdet mellom selvskading og selvmord er komplisert (Øverland 2006). Det er derfor ikke noen skarp skillelinje mellom selvskading og selvmord gjennom denne oppgaven.

Helsepersonell møter den selvskadende ungdommen i ulike deler av helsetjenesten. I oppgaven ble det hovedsakelig inkludert artikler med deltakere som møtte selvskadende ungdom på akuttmottak og på andre somatiske sykehusavdelinger. En del av studiene tok også for seg både andre profesjoner og instanser innenfor helsesektoren. Bla. Sykepleiere, leger, psykiatriske sykepleiere og psykologer, der fokuset var hvilke holdninger og oppfatninger de hadde av selvskadende ungdom. Hva som kunne være med å påvirke deres holdninger og hvilken kunnskap de hadde rundt denne problematikken. Da jeg innledningsvis begrunnet hvordan holdningene hos alle disse profesjonene kunne ha overføringsverdi til sykepleiere så jeg på dette som relevant opp imot min hensikt med denne oppgaven.

Det vil bli drøftet hvordan modellen for kunnskapsbasert praksis kan knyttes opp imot oppgavens funn. Hvordan konteksten kan påvirke de ulike funnene, samtidig som de vil bli sett i lys av det organisasjonsteoretiske perspektivet. Retningslinjer og lover er noe som påvirker og regulerer helsepersonells virksomhet, noe som også vil bli nevnt under drøftingen.

Avgrensning av forskningsartikler:

Artiklene som ble inkludert belyste oppgavens hensikt, søkeord ble også valgt i forhold til oppgavens ønskede tema. Andre kriterier som ble vektlagt under utvelgelsen var språk og publiseringsår, med fokus på forskning rundt de siste 10 årene. Det var ønskelig med så ny og oppdatert litteratur som mulig. Andre avgrensninger som ble utført var inkludering av abstrakt og tilgang til full text på noen av de (Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk).

Forskning fra vestlige land ble vektlagt, så de kulturelle forskjellene fra Norge ikke ble for store. Samtidig skulle de kunne ha overførbarhetsverdi til sykepleiere i Norge. Sekundærlitteratur ble ekskludert fra de 12 forskningsartiklene. Språkmessig ble Engelske artikler vektlagt, men norske sekundærkilder ble likevel inkludert i diskusjonen for å belyse problemet for norsk sykepleie.

2.3 Artikkelgranskning:

Artikkelgranskningen ble inspirert av Sjöblom og Rygg's forslag til hvordan å kritisk vurdere forskningsartikler (Vedlegg 5: Artikkelgranskning/vurdering). Søkene ga ofte mange treff, det ble derfor viktig å avgrense søket med flere søkeord, publiserings år og abstrakt for eksempel.

De innhentede artiklene ble bedømt i forhold til validitet og relevans (Dalland 2013, Pettersen 2008). Tittelen på den enkelte forskningsartikkel ble vurdert og antatt til å være interessant, før abstraktet til studien ble lest, gjennomgått og gransket i sin helhet dersom den hadde relevans for oppgaven. Forfatterne av forskningsartiklene ble kritisk vurdert med tanke på hvilken autoritet forfatteren hadde i forhold til emnet (Dalland 2013). Formatet på de vitenskapelige artiklene ble gjennomgått (Nortvedt m.fl.2012) med tanke på artikkelens oppbygging (IMRaD) for å vurdere kvalitet på forskningen. Kritisk gjennomgang av forskning handlet om forståelsen av formålet med studien (Forsberg og Wenström 2003). Landene hvor studiene ble gjennomført ble sentrale da avgrensningen av forskningsartikler hovedsakelig ønsket forskning fra vestlige land. Tidsskriftet/journalen ble også tatt med i betraktning (Vedlegg 5: Artikkelgranskning/vurdering).

2.4 Analyse:

Utfordringen i en analyse ligger i det å finne ut hva materialet har å fortelle. Dette materialet må man gå dypt inn i og granske for å kunne sette sammen puslespillet og konstruere et produkt (Dalland 2010). Det skal legges frem på en saklig og objektiv måte og sammenlignes opp imot oppgavens hensikt (Dallan 2013). Materialet i de 12 forskningsartiklene som ble innhentet ble kritisk vurdert. I og med at en del av dataene var av kvantitativ art, måtte det tolkes ulike statistiske metoder og modeller for å gi en tallmessig beskrivelse (Dalland 2010). Hensikten med analysen ble da å belyse holdninger, følelser og kunnskaper, der utfordringen var å organisere og sette sammen store deler av materiale og klare å identifisere mønster (Dalland 2013, Forsberg og Wengström 2003, Polit og Beck 2012). Tekstanalysen ble inndelt i meningsenheter, subkategorier og kategorier, hvor hovedfunnene av forskningsartiklene ble satt opp mot hverandre for å finne likheter og ulikheter. Dette resulterte i at hovedfunnene ble inndelt i subkategorier. Disse ble igjen satt opp mot hverandre, hvor hovedfunnene derfra ble inndelt i tre kategorier. De utarbeidede kategoriene skulle være et identifiserte tema av en stor helhet og skulle utgjøre grunnmuren for selve hovedinnholdet av oppgaven (Graneheim og Lundman 2004). Gjennom analysetabellen ble det utarbeidet tre kategorier som ville bli sentrale under resultatet og diskusjonen:

- Helsepersonells holdninger overfor selvskading
- Selvskading vekker følelser
- Manglende kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell

(Vedlegg 3: Analysetabell).

2.5 Ethiske overveielser:

Forskning omhandler etisk følsomhet, noe som antyder å ivareta både pasient og sykepleiers integritet (Brinchmann 2010). Når mennesker benyttes som informanter i forskning, er det viktig å påse at deres rettigheter blir beskyttet. Dette innebærer full anonymitet, og at sykepleierne deltar ut ifra fri vilje (Polit og Beck 2012). Det skal ikke være mulighet for å identifisere enkeltpersoner i datamaterialet (Dalland 2013).

Noen av de kvalitative forskningsartiklene er basert på personlige tanker og oppfatninger av deltakerne. Deltakerne i studiene som er blitt inkludert i denne oppgaven ble ansett som godt anonymisert, hvor det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner i datamaterialet (Dalland 2013). For å forsvare forskningen er studiene på forhånd undersøkt for å være godkjent av etiske komiteer. Ikke alle artiklene som ble innhentet var godkjent av etisk komité, men ble inkludert i oppgaven da det var tydelig at etiske hensyn var tatt i betraktning og ved at de fremsto som respektfulle og troverdige i sin forskning. Deltakerne hadde godtatt spørreundersøkelsene og ønsket selv å delta. Videre ble

forskningsartiklene kritisk vurdert opp mot den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM 2013).

Plagiering blir ansett som forbudt innenfor forskning (Forsberg og Wengström 2003). På grunnlag av dette, skulle det gjennom denne oppgaven refereres hederlig og respektabelt til forfatterne av litteraturen som ble inkludert.

3.0 Resultat

Resultatet er inndelt i tre kategorier ut fra analysen som ble presentert i metoden: Helsepersonells holdninger overfor selvskading, selvskading vekker følelser og manglende kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell. Alle vil være med på å presentere hovedfunnene i de innhentede forskningsartiklene knyttet opp mot hensikten til oppgaven.

3.1 Helsepersonells holdninger overfor selvskading

Flere har funnet ut at helsepersonells holdninger generelt var positive i forhold til selvskadende ungdommer (Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010, McCann m.fl.2005b, McCarthy og Gijbels 2009,). At de hadde støttende holdninger (McCann m.fl.2005a), at de var tålmodige og forståelsesfulle (Gibb m.fl.2010) og at de generelt viste liten motvilje mot selvskadende pasienter (Conlon og O'Tuathail 2010).

Holdninger viste seg å være forskjellig i forhold til sykepleiers alder, hvor eldre sykepleiere viste mindre motvilje til å hjelpe selvskadende ungdom enn yngre og hvor de eldre sykepleierne i tråd med dette hadde mer positive holdninger (Conlon og O'Tuathail 2010, McCarthy og Gijbels 2009).

Deltakerne trodde at deres kontakt med selvskadende ungdom var nyttig og hjelpelig for pasientene og at mengden innsats de satte i omsorgen gjorde en forskjell for utfallet. Dette bidro til at deltakerne ble optimistiske i forhold til pasientenes utfall (Crawford m.fl. 2003, Gibb m.fl.2010). Deltakerne i McCann m.fl. (2005b) rapporterte at de hadde sympatiske holdninger mot denne pasientgruppen.

Motstridende resultater ble funnet, hvor eldre og autoriserte sykepleiere hadde mindre positive holdninger enn hva yngre og de med enten en akademisk grad eller videreutdanning hadde. Samtidig ble en trend identifisert. Som antall års yrkeserfaring innen akuttmottak økte, ble holdningene mot selvskadende pasienter mer positive. Men, når sykepleierne hadde mer enn 16 års erfaring ble holdningene mindre positive igjen (McCarthy og Gijbels 2009). Ansatte som hadde flere års erfaring i akuttmottak følte seg mer utilstrekkelig (Friedman m.fl. 2005), mens funnene som ble presentert i McCann m.fl. (2005a) argumenterer for å beholde de eldre og erfarne sykepleiere i akuttmottaket. Spesielt de som hadde fått opplæring om selvskading, da det førte til økt empati og positive og støttende holdninger. Sykepleiere som har deltatt på internundervisning omhandlende selvskading hadde mer positive holdninger, enn de som ikke hadde deltatt. Positive holdninger var forbundet med lengre klinisk erfaring og økt alder (ibid.). MacKay og Barrowclough (u.å) kom frem til at høyere alder var forbundet med større forståelse. Samtidig vises det til at sykepleiernes holdninger mot pasienter som selvskader generelt varierte mellom å være i tvil eller noe støttende (McCann

m.fl. 2005a). Anderson og Stranden (2007) og Crawford m.fl. (2003) fant derimot ingen sammenheng mellom alder, lengde av klinisk erfaring og holdninger.

Deltakerne diskriminerte ikke selvskadings pasienter i deres triagering, eller i forhold til deres omsorgsbeslutninger. 97,4% av respondentene antydte at de ga samme nivå av omsorg som de normalt ville ha gitt til en hvilken som helst annen pasient. 2,6% hevdet at de ga mer omsorg enn de vanligvis ville gi til pasientene (McCann m.fl. 2005b). Deltakerne følte seg generelt effektive i den betydning av at de var virkningsfulle og ga effekt i forhold til å ivareta selvskadende pasienter (Crawford m.fl. 2003, McCarthy og Gijbels 2009). Sykepleiere uten videreutdanning innenfor psykiatri som følte seg mer effektive erfarte å være mindre bekymret. Deltakere som følte seg mer effektive følte seg også mindre negative (Crawford m.fl.2003, Timson m.fl.u.å), noe som hadde sammenheng med hvor kunnskapsrike personalet var angående selvskadning. De som jobbet innenfor barne- og ungdoms psykiatrien var mer kunnskapsrike og følte seg mer effektive (Timson m.fl. u.å).

Helsepersonell uttrykte ofte negative holdninger til selvskadning (Anderson m.fl.2003, Anderson og Stranden 2007, Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010, Hadfield m.fl.2009, Timson m.fl.u.å). I Gibb m.fl. (2010) kunne det være en tendens av både negative og positive holdninger, og at negative holdninger var assosiert med høyere nivåer av utbrenthet. Det ble i McCann m.fl. (2005b) vist usikkerhet rundt det negative formulerte holdningsutsagnet «de som forsøkte å ta selvmord prøvde å få sympati fra andre». Eldre sykepleiere tror ikke de gjør det for å få sympati, mens de yngre sykepleierne viste en større usikkerhet (ibid.). Det var også en forskjell i forhold til etterutdanning, hvor de som hadde etterutdanning var enige i utsagnet, mens de uten var usikre (McCann m.fl.2005a). Flere av deltakerne hadde den oppfattelsen av at selvskadende pasienter bare dukket opp på akuttmottaket for å søke oppmerksomhet. Dette resulterte i at mange av deltakerne marginaliserer eller ignorerer dem. Mange av deltakerne refererte til at de oppfattet gjentagende selvskadning som manipulativt (Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010, Hadfield m.fl.2009), eller for å være et skrik om hjelp (Anderson og Stranden 2007) og bortkasting av personalets tid (Conlon og O'Tuathail 2010). Repeterende selvskadning ble særlig rapportert for å være vanskelig av helsepersonell i akuttmottak (Gibb m.fl.2010). De deltakerne som trodde at selvskadningen mest sannsynlig ville bli gjentatt, ble også mindre optimistisk i forhold til troen på å lykkes med sine innspill. Det viste seg også at mannlige ansatte generelt uttrykte mindre sympati, mindre positiv optimisme og mindre vilje til å hjelpe, enn sine kvinnelige kolleger (MacKay and Barrowclough u.å).

Selvskadning ble sett på som potensiell sløsing av liv. Dette var en refleksjon med henhold til at mange sykepleiere og leger i akuttmottak så på sin rolle som voktere/beskyttere av livet, hvor selvskadning og selvmordsatferd ble sett på som det motsatte av dette formålet. De trodde ikke at de som engasjerte

seg i en slik selvskadende atferd skjønnte hvor potensielt livstruende det kunne være og at de ikke tenkte på konsekvensene. Dette var den mest frustrerende delen med å jobbe med selvskadings- og selvmords atferd (Anderson m.fl. 2003). Sykepleierne i Conlon og O'Tuathail (2010) antydte at en utbredt oppfatning av selvskading ofte blir oppfattet og bedømt som moralsk galt. Men deltakerne i Anderson og Stranden (2007) hevdet at de ikke så på selvskading som moralsk galt. Legene i Hadfield m.fl. (2009) vurderte på bakgrunn av manipulasjon den pasienten som hadde selvskadet for ikke å ha like stor rett til medisinsk behandling, fordi det ble oppnådd gjennom utnyttelse. De rapporterte at de tilbrakte minst mulig tid med denne gruppen selvskadere (ibid.)

Flere rapporterte at mangelen på tid, ressurser og at akuttmottaket var et uegnet miljø til å behandle selvskading i, påvirket interaksjonene med denne pasientgruppen (Anderson m.fl.2003, Conlon og O'Tuathail 2010, Hadfield m.fl. 2009) og at behandlingen ikke ble terapeutisk på grunnlag av dette (Anderson m.fl.2003). En lege fra pediatrik akuttmottak kunne fortelle at de med nåværende ressurser ikke kunne bli tatt hånd om på samme måte som andre (Hadfield m.fl. 2009). En pediatrik sykepleier som jobbet i akuttmottak oppsummerte dette godt i ett av sine utsagn. Hun kunne fortelle at avdelingen var med på å bidro til at man ikke kunne snakke med de selvskadende pasientene, da ingen steder var private nok til å snakke. I og med at de var veldig opptatt, samtidig som de var veldig begrenset med sykepleiere som gjorde at de bare ikke hadde tid, og at de gjerne hadde andre prioriteringer andre steder (Anderson m.fl.2003). Sykepleiere i pediatrik medisin følte også at det var et problem å blande unge mennesker som påførte seg selv skade med andre pasienter i sin avdeling, da de mente at dette var personer som hadde «gjort det mot seg selv». Det å sette de sammen med unge mennesker som kanskje var døende av terminale sykdommer var problematisk. De mente at dette var noe som ville påvirke andre, både andre barn, foreldre, personalet og hvordan unge mennesker som selvskader kanskje blir sett på (ibid.).

3.2 Selvskading vekker følelser

Som tidligere nevnt så legene i Hadfield m.fl. (2009) på pasienter som gjentatte ganger skadet seg selv som manipulative og betraktet denne pasientgruppen som ufortjent til behandling. Dette fordi det ble oppnådd gjennom utnyttelse og på grunn av fremkallelse av følelser som frustrasjon, sinne, irritasjon, hjelpeløshet og fortvilelse. Men, også fordi det truet deres evne til å opptre profesjonelt, hvor noen kjente på følelser som skuffelse over sine evner til å ikke kunne hjelpe. Det å bagatellisere personens selvskading eller det å distansere seg var en forsvarsmekanisme som så ut til å beskytte legene fra følelser (ibid.). Jo større tildeling deltakerne fikk av den enkelte pasients forsøk på å være kontrollerende i forhold til selvskadingen (MacKay og Barrowclough u.å), eller manipulerende som blir brukt i denne sammenhengen hos andre (Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010, Hadfield m.fl.2009), jo mer negative ble deltakernes følelsesmessige reaksjoner mot den personen (MacKay

and Barrowclough u.å). Det var legene som uttrykte størst irritasjon, og mannlige ansatte viste generelt større irritasjon og frustrasjon enn sine kvinnelige kolleger (ibid.).

En lege som jobbet i akuttmottak beskrev følelsen av å gjøre ineffektive intervensjoner i møte med selvskadende pasienter. Hvor han ville poengtere at uansett hva man som sykepleiere eller lege gjør, synes ingenting å utgjøre noen forskjell. At det var vanskelig å være nyttig (Anderson m.fl.2003, Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010), eller å ha medfølelse (Conlon og O'Tuathail 2010). Betydningen av frustrasjon i denne forstand var knyttet til det å ikke være i stand til å behandle selvskadingsatferd som om det var en fysisk sykdom, som er formålet for en medisinsk enhet (Anderson m.fl.2003, Hadfield m.fl.2009). En sykepleier uttrykte at den frustrerende delen med det var at det ikke var noe man bare kunne sette ett plaster eller bandasje over- og det gjorde det vanskeligere å akseptere. Man kunne ikke fysisk gjøre noe. Det hun uttrykte som mest frustrerende var at det ikke fantes noen enkel forklaring eller behandling for det (Anderson m.fl.2003). Sykepleiere i akuttmottak har en tendens til å fokusere på det medisinske snarere enn psykologiske vurderinger og intervensjoner og at den omsorgen de primært gir fokuserer på pasientens fysiske behov (Conlon og O'Tuathail 2010). Legene i Hadfield m.fl. (2009) så også på det å behandle kroppen som sin hovedprioritet, ved å fokusere utelukkende på de fysiologiske aspektene ved behandlingen på bekostning av bekymringer om pasientens emosjonelle plager. De følte seg hjelpsløse til å ta opp de følelsemessige aspektene av selvskading. Det medisinske personalet i Gibb m.fl. (2010) hevdet også at det å kommunisere med selvskadende pasienter var det verste med å jobbe med denne pasientgruppen. Mange opplevde en frykt for å si feil ting i møte med selvskadende pasienter, hvor frykten virket å gå tilbake til forestillingen om at det å snakke om problemet ville gjøre ting verre. Noen følte det å tilegne seg informasjon om bakgrunnshistorikken for selvskadingen ikke trengte å være det riktige å gjøre hvis man ikke visste hva man gjorde (Anderson m.fl.2003). Mange av legene fryktet adressering av de følelser som ligger til grunn for selvskadingen, fordi det kunne innebære galskap for deres egen del, og tap av egen tilregnelighet (Hadfield m.fl. 2009).

Sykepleiere som jobber innenfor psykiatrien uttrykker også følelser som det å ikke være i stand til å hjelpe unge mennesker som hadde selvmordsatferd, hvor en sykepleier reflekterer rundt det ved at det var ganske frustrerende når man følte at man gjorde fremgang med pasienten, også gjorde de noe slikt som å kutte seg selv, eller tok overdose (Anderson m.fl.2003). En annen følelse selvskading kunne vekke hos helsepersonell var sinne (Anderson m.fl.2003, Friedmann m.fl.2005 og Hadfield m.fl.2009), hvor sykepleiere uten forkunnskaper om selvskading og med lengre yrkeserfaring viste mer sinne ovenfor selvskadende pasienter og hadde mindre sympati (Friedmann m.fl. 2005). Når sykepleiere og leger reflekterte over hva de hadde hatt og hadde i sine liv oppsto en følelse av sympati for de som selvskadet, fordi deres oppvekst var så forskjellig fra deres egne. De hadde selv

hatt stabile liv. En pediatrik sykepleier uttrykte at hun ble trist med tanke på at de som påførte seg selv skade ikke har fått den muligheten til å få det hun hadde hatt i sin oppvekst, eller fått det hennes barn hadde fått (Anderson m.fl. 2003). Et betydelig stort antall av deltakerne rapporterte bekymring ovenfor selvskadende pasienter. 20% var enige eller stekt enige med holdningsutsagnet «jeg er bekymret for at jeg vil bli klandret for hva som kan skje med disse ungdommene» (Crawford m.fl. 2003).

3.3 Manglende Kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell:

Noe som også var med på å distansere sykepleierne og legene fra de unge som skadet seg selv, var det å ikke være i stand til å forestille seg at de selv kunne ha skadet seg som utvei for livets problematikk. De hadde vanskeligheter med å forstå og assosiere seg med denne pasientgruppen når de tenkte på sine egne erfaringer i livet (Anderson m.fl.2003). Men, et fåtall av legene snakket faktisk om hvordan personlige erfaringer i forhold til selvskading hadde hjulpet dem til å føle seg mer selvsikker i det å gi hjelpsom behandling. En lege uttalte seg om at han trodde det å kjenne noen som hadde selvskadet ville påvirke måten han hadde vært i stand til å tilby behandling til pasientene på (Hadfield m.fl. 2009).

Mange følte at de hadde manglende kunnskaper på området angående selvskading (Anderson m.fl.2003, Conlon og O'Tuathail 2010, Gibb m.fl.2010), og at de var ufaglærte (Friedman m.fl.2005). Dette førte til at de ikke følte seg sikker i å jobbe med selvskadende pasienter (Gibb m.fl.2010). Negative holdninger ble relatert til liten kunnskap. Jo mer negative helsepersonellet følte seg i forhold til selvskadingen, jo mindre kunnskapsrike oppfattet de seg å være (Timson m.fl. u.å). Deltakerne følte at det å håndtere selvskadende pasienter ikke var innenfor deres kompetanse (Hadfield m.fl. 2009). I McCarthy og Gijbels (2009) rapporterte hele 78% at de ikke hadde mottatt noen form for utdanning omhandlende selvskading. Hvor bare 22% (15 stk) hadde gjennomført utdanning, rangert fra halvdagssesjon til full psykiatrisk sykepleierutdanning. I McCann m.fl. (2005a) var lengden på sesjonene vanligvis 1-2 timer, hvor bare 8 av respondentene hadde gått på etterutdanning omhandlende selvskading. I Timson m.fl.(u.å) rapporterte også 82% av personalet at de ikke hadde mottatt noen spesifikk opplæring i forhold til ungdommer som selvskadere. I hans studie var det de som jobbet innenfor barne – og ungdoms psykiatriske tjenester som rapporterte å ha fått mest opplæring rundt denne problematikken. Flere av deltakerne etterspurte ytterligere utdanning og opplæring (Crawford m.fl.2003, Friedman m.fl.2005, Gibb m.fl.2010, McCarthy og Gijbels 2009, Timson m.fl.u.å). Kunnskap om henvisningskilder og prosesser. Anskaffelse av tjenester og informasjon (McCarthy og Gijbels 2009), retningslinjer eller en håndbok og mer fleksibilitet i forhold til pasientdisponering (Gibb m.fl.2010). Noen mente også at det å håndtere selvskading var et spesialist område (Crawford m.fl.2003). De mente at de burde utskrives eller overføres til psykiatrien,

da de mente at de var mer passende for å ta hånd om dem (Conlon og O'Tuathail 2010, Hadfield m.fl.2009). Deltakerne ønsket at flere av de pasientene som skadet seg selv skulle bli sett til av psykiatrien (Friedman m.fl. 2005). Deltakerne i Gibb m.fl. (2010) uttrykte at de ville ha hatt nytte av støtte fra psykiatrien eller at psykiatrien hadde vært tilgjengelig for konsultasjon.

4.0 Resultatdiskusjon:

Ut ifra resultatet hadde helsepersonell både positive og negative holdninger i møte med selvskadende ungdom på somatiske sykehusavdelinger. Det kom frem at det var ulike faktorer som for eksempel alder, erfaring, kunnskap, tid, miljø og ressurser som kunne være med å påvirke holdningene i positiv eller negativ retning. Det ble også funnet av resultatet at selvskading vekke følelser hos helsepersonell og at helsepersonell opplevde å ha manglende kunnskap og forståelse i møte med selvskadende ungdom.

Det vil under resultatdiskusjonen fortsatt bli benyttet de samme funnene og kategoriene som i resultatdelen. Disse vil bli drøftet opp imot modellen til kunnskapsbasert praksis. Det organisasjonsteoretiske perspektivet vil også bli belyst opp imot dette. Den kunnskapsbaserte modellen vil bli presentert først.

4.1 Kunnskapsbasert praksis:

Kunnskapsbasert praksis er en måte å jobbe på. Kunnskapsbasert praksis har flere definisjoner, hvor hovedinnholdet er det samme i alle. Den kan defineres slik:

«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt m.fl. 2012 s.17).

I følge Kristoffersen (2011) og Nortvedt m.fl (2012) praktiserer vi som sykepleiere en kunnskapsbasert praksis når vi bevisst bygger fagutøvelsen på ulike kunnskapskilder fra det beste innenfor forskningsbasert kunnskap. Modellen for kunnskapsbasert praksis viser dette, jf. Figur 1.



Figur 1: Elementer i kunnskapsbasert praksis

Kilde: Gro Jamtvedt i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Det står også presisert i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleien skal være kunnskapsbasert:

«Sykepleiens grunnlag er at all sykepleie skal være basert på respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal også bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (yrkesetiske retningslinjer)

Den første kunnskapskilden i den kunnskapsbaserte modellen er forskningsbasert kunnskap som innebærer en systematisk innhentning av forskning. Her er man opptatt av å benytte forskning som er tilsiktet bestemte praktiske mål eller anvendelser. Det blir i forskning ofte skilt mellom grunnforskning og anvendt forskning. Grunnforskning observerer fenomener eller fakta uten at det er med sikte på en spesiell bruk, mens anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser. Kunnskap fra forskning kan for eksempel forklare fenomener og årsaksforhold, si noe om forekomster, gi økt forståelse for den enkeltes eller gruppens opplevelser og erfaringer, anslå effekter av tiltak eller gi oss nye hypoteser eller begreper. Det er kunnskap som kan være veiviser i ulike situasjoner hvor utøvelse av sykepleiefaget foregår (Nortvedt m.fl.2012).

Man må først erkjenne og identifisere et kunnskapsbehov for videre å innhente forskning og kritisk vurdere den. Forskningsbasert kunnskap alene er ikke tilstrekkelig å basere handlinger på i utøvelsen av sykepleiefaget, det må også tas hensyn til faglig skjønn gjennom den kliniske erfaringen og etiske vurderinger. Samtidig pasientens behov og ønsker, da det skal være lagt til rette for at pasienten selv kan ta velinformerte valg der det er aktuelt Nortvedt m.fl. (2012).

Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som oppnås gjennom å tilegne seg kunnskap ved å praktisere og erfare. Dette er kunnskap som «utvikles gjennom refleksive prosesser», der vi lærer fra erfaringer. Det å ha evnen til å bruke sin erfaringsbaserte kunnskap i møte med pasientene er viktig for at den

kunnskapsbaserte modellen skal kunne gjøre sin nytte. Det forutsetter at man kan finne, vurdere og bruke sin erfaringsbaserte kunnskap i møte med pasientene (Nortvedt m.fl. 2012).

Det som menes med brukerkunnskap og brukermedvirkning i praksis er at pasientenes og brukerens syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger fattes (Nortvedt m.fl.2012).

Brukermedvirkning er også nedfelt i lov i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1 - 3-3), da den beskriver pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, og retten til informasjon.

I modellen omslutes de forskjellige kunnskapskildene av konteksten, som vil si det miljøet eller settingen der vi setter den kunnskapsbaserte praksisen ut i livet. Kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og vurderinger og politikk og prioriteringer er alle knyttet opp mot konteksten. De vil være med å påvirke alle elementene i den kunnskapsbaserte modellen. Den erfaringsbaserte kunnskapen vil for eksempel alltid påvirkes av hvor man er utdannet, hvor man har praktisert, og hva slags pasienter og kolleger man har omgås (Nortvedt m.fl. 2012).

4.2 Helsepersonells holdninger overfor selvskading:

Resultatet viste at helsepersonell og sykepleiere hadde både positive og negative holdninger overfor den selvskadende ungdommen ute i praksis. Det kom også frem av resultatet at det fantes flere faktorer som påvirket holdningene i positiv eller negativ retning. Blant annet: alder, kunnskap, erfaring, utdanning, tid, ressurser og miljø. Positive holdninger kom ofte til uttrykk ved at deltakerne var forståelsesfulle og støttende. Negative holdninger ble ofte uttrykt ved at flere av deltakerne distanserte seg fra den selvskadende ungdommen.

Forskningsbasert kunnskap:

Det kom frem av resultatet at selvskading som er repeterende og gjentakende ofte ble oppfattet av deltakerne å være manipulerende og kontrollerende. Noen av deltakerne vurderte selvskadende ungdom som mindre verdige til medisinsk behandling på grunnlag av dette. Dette kan kanskje ha sammenheng med at deltakerne fra somatisk sykehus, og spesielt de deltakerne fra somatisk akuttmottak, er mest vant til å behandle mennesker som ikke selv har påført seg skade eller sykdom. Helsepersonell fra somatiske avdelinger vil ofte reagere med vantrø over at ungdom som de nettopp har sydd, allerede dagen etter har kuttet seg igjen (Øverland 2006). Det kom frem av resultatet at deltakerne som opplevde selvskadende ungdom som manipulerende eller oppmerksomhetssøkende, marginaliserte, unnvek eller ignorerte den selvskadende ungdommen.

I lys av den kunnskapsbaserte modellen vil Kunnskap fra forskning kanskje være med på å identifisere, beskrive og forklare fenomener og årsaksforhold. Dette kan bidra til en økt forståelse og bedring av holdninger overfor fenomenet selvskading og enkeltpasienters og gruppers opplevelser og erfaringer (Kristoffersen 2011, Nortvedt mlf.2012). Hem og Lunde (2009) sier at det trengs kunnskap om selvskading for å kunne møte selvskadende ungdom på somatiske sykehusavdelinger på en profesjonell måte.

Erfaringsbasert kunnskap:

Holdningene viste seg ut ifra resultatet å være forskjellige i forhold til deltakernes alder. Spesielt eldre og erfarne sykepleiere som hadde fått opplæring om selvskading viste til økt empati og positive og støttende holdninger. Dette kan tyde på at eldre og erfarne med lengre klinisk erfaring og opplæring om selvskading er en ressurs som kan være med på å heve andre og at de innehar kunnskap og erfaring som de yngre og uerfarne ikke har. Samtidig ble det ut ifra resultatet vist en motstridende virkning av holdninger i forhold til alder og erfaring, hvor eldre og autoriserte sykepleiere hadde mindre positive holdninger, enn hva yngre og de med enten en akademisk grad eller videreutdanning hadde. Man tenker gjerne at jo mer erfaring man tilegner seg, desto dyktigere blir man som fagutøver. Det er en sannhet med visse modifikasjoner (Nortvedt m.fl. 2012). Det kan for eksempel synes ut ifra resultatet at som antall års erfaring økte kunne det påvirke holdningene i både positiv og negativ retning. Det virker derfor som den erfaringsbaserte kunnskapen i denne sammenheng med holdninger overfor selvskading ikke har noen signifikant betydning. Men den kunnskapsbaserte praksisen hevder at praksiskunnskap er nødvendig og viktig når sykepleiere skal sette sammen hele modellen for kunnskapsbasert praksis i den virkelige verden (Nortvedt m.fl. 2012).

Negative holdninger ble ut ifra resultatet assosiert med høyere nivåer av utbrenthet. Hoffart m.fl. (2014) har skrevet en artikkel som omhandler «i hvor stor grad hjelper utbrent helsepersonell og sykepleiere». Dette kan få store konsekvenser for pasientbehandlingen, teamarbeidet og enkeltindivider da måten arbeidet utøves på har en direkte innvirkning på pasientbehandlingen og kommunikasjonen. Deltakerne i hennes studie rapporterte økt trivsel og kvalitet på det daglige arbeidet etter å ha deltatt på veiledning om stress og utbrenthet. Dette var en veiledning som skulle dra frem deltakernes egne opplevelser av hva som skapte stress. Målet var å bevisstgjøre deltakernes på deres egne situasjoner. De nevnte også tidspress i forhold til at det både foregikk en nedbemanning og effektivisering som en av flere faktorer. Dette resulterte i at de følte at de ikke hadde tid til å bearbeide vanskelige situasjoner. Samtidig var de redde for å gjøre feil og at det førte til irritasjon og sinne (ibid.).

«Erfaringsbasert refleksjon» kan bidra til å fremme deltakernes egne kunnskaper og skape et felles læringsrom. På denne måten hadde man som sykepleiere kunnet skapt en større bevissthet, kjent på egne følelser, for så å kunne håndtert dem (Hoffart m.fl. 2014). Ved å dra inn dette i praksis kunne det ha skapt en større forståelse i de forskjellige møtene med selvskadende ungdom. Samtidig redusert risikoen for utbrenthet, irritasjon og sinne som mange av deltakerne rapporterte at de kjente på i møte med selvskadende ungdom. Refleksjon kan også være med å bidra til integrering av teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter (Bie 2007). Det er en åpenbar utfordring at de som jobber med selvskadende ungdom, utvikler kompetanse både til å møte slike fenomener og til å håndtere egne reaksjoner. Ellers kan det være en risiko for at hjelperen eller behandlingsmiljøet på basis av følelsesmessige tilstander kan bidra til uheldige intervensjoner (Sommerfeldt og Skårderud 2009)

Brukerkunnskap og brukermedvirkning:

Oppfatningene av holdninger blant helsepersonell og sykepleiere av de som påfører seg selv skade har ikke vært i fokus da denne oppgave ikke er vinklet inn på pasientperspektiv. Men det vil likevel være viktig å spekulere rundt de resultatene som faktisk rapporterte positive holdninger. Spesielt med tanke på at brukerkunnskap og brukermedvirkning er en del av den kunnskapsbaserte modellen. Det vil herunder bli viktig å vurdere og sette de positive holdningene som ble rapportert, opp mot de funnene hvor selvskadende pasienter faktisk har oppfattet helsepersonells holdninger som negative (Kosky 2007). Ungdommen som selvskader rapporterer at de ofte hadde blitt møtt med fordommer, og moraliserende kommentarer som opplevdes sårende. At de er vant til å bli oppfattet med avsky og lite planlagt behandling (Øverland 2006). Det finnes flere sterke eksempler på utsagn selvskadende pasienter har blitt møtt med. Ribe (2009) forteller om hvordan hun er blitt møtt av helsepersonell etter å ha skadet seg selv: «Er du her igjen, ta deg sammen!» «Du må slutte, nå har

jeg stått her å sydd deg i to og en halv time, det er fullt av folk som venter, du kan ikke holde på sånn». I Thorsen (2006) hadde ungdom med selvskading referert til å hørt utsagn som «Vi syr uten bedøvelse, for du liker vel smerte du» eller «Vi gidder ikke å sy fint for du kommer jo snart igjen med et nytt kutt». Slike holdninger vil mest sannsynlig har negative konsekvenser for deres livskvalitet, for deres videre forløp og utfall.

Kontekst:

Som det fremgikk av resultatet fantes det mange faktorer som var med på å påvirke helsepersonellens holdninger i negativ eller positiv retning. De rammene man arbeider innenfor vil ifølge Nortvedt (2012) påvirke hvordan man utøver sin praksis. Det som utmerket seg som avgjørende faktorer hos mange av deltakerne ut ifra resultatet var mangelen på tid, uegnet miljø og lite ressurser. Det at deltakerne jobbet i et hektisk miljø virket å være med på å forverre deltakernes holdninger i møte med ungdom som skadet seg selv.

For å oppnå nærhet og individualisering til selvskadende pasienter virker tilstrekkelig personalet og tidsressurser å være en forutsetning. Det at man hele tiden er under et tidspress kan se ut til å medføre at sykepleiere og annet helsepersonell strever med å ivareta den terapeutiske og psykososiale omsorgen.

4.3 Selvskading vekker følelser:

Det kom frem av resultatet at negative følelser spesielt oppsto i forbindelse med repeterende og gjentagende selvskading og at det ofte ble oppfattet som manipulerende. Flere av deltakerne uttrykte at de var redde for å kommunisere med den selvskadende ungdommen på grunn av adressering av følelser og frykten for tap av egen tilregnelighet.

Forskningsbasert kunnskap:

Det er tydelig at de som med jobber med og som må forholde seg til selvskadende ungdom blir sterkt preget. «Vikarierende traumatisering» eller «sekundærtraumatisering» går på at behandling av selvmordsnære ungdommer som regel vil innebære at behandleren kjenner: angst, frykt, sinne, skyldfølelse, utilstrekkelighetsfølelse og hjelpsløshet. Det å høre detaljerte beskrivelser omhandlende overgrep og traumer kan virke belastende på behandleren. Omfanget og alvorlighetsgraden i belastningen synes å være undervurdert. Møter med selvskadende ungdom kan endre hjelperen både profesjonelt i forhold til f.eks. holdninger og privat. Det er viktig å ta egne reaksjoner på alvor, gjenkjenne og erkjenne dem, samtidig bearbeide dem for å unngå uterapeutiske reaksjoner i møte med den selvskadende ungdommen. Dette vil være med på å legge grunnlaget for en bedre relasjon og behandling (Øverland 2006).

Med henhold til vikarierende traumatisering eller sekundærtraumatisering kan redselen for adressering av følelser og tap av egen tilregnelighet som kommer frem av resultatet være reelt. Det kan derfor være viktig å bli bevisst sine egne følelser og kanskje undersøke hvilke erfaringer og følelser selvskading har fremkalt hos andre eller annet helsepersonell i tidligere møter med selvskadende ungdom i somatiske sykehusavdelinger. Ved å bruke den kunnskapsbaserte modellen kan man benytte seg av forskning som er rettet mot dette praktiske målet, følelser selvskading kan vekke hos behandlere. Dette kan være en veiviser for den gitte pasientnære situasjonen (Nortvedt m.fl. 2012). Økt kompetanse er nødvendig både for å møte pasientene på virksomme måter og for at behandlere skal håndtere sine egne reaksjoner (Sommerfeldt og Skårderud 2009).

Erfaringsbasert kunnskap:

Det kan være lett å forestille seg at sykepleiere og annet helsepersonell blir oppgitte, frustrerte og fortvilte i møte med noe som kan oppleves som uforståelig eller meningsløst. Opplevelsen av maktesløshet og de sterke reaksjonene møte med selvskadende ungdom gir de som forsøker å hjelpe, virker å være felles for dem som arbeider med selvskadende ungdom (Øverland 2006). Maktesløsheten virker til å gjøre hjelperne defensive eller fører til at de ikke ønsker eller tør å hjelpe pasienter med selvskading.

Ut ifra resultatet synes det at mange brukte refleksjoner og erfaringer fra sine egne liv og satte de opp imot de som skadet seg selv sine livshistorier. Dette gjorde at det oppsto en følelse av sympati for de som selvskadet fordi deres oppvekst var så forskjellig fra deres egen.

Det kom frem av resultatet at følelsen av frustrasjon hadde stor sammenheng med sykepleiernes rolle i somatiske sykehusavdelinger og på akuttmottak. Hvor de så på sin rolle som voktere av livet, og hvor formålet var å behandle fysisk sykdom. Uerfarne behandlere blir ofte opptatt av det somatiske aspektet av selvskadingen. Det blir fornemmet at det har noe med at de blir mer opptatt av selve såret, enn hva som har ført til såret. Det er dokumentert bevist at erfarne behandlere vil kunne ha et høyere tempo og være mindre følelsesmessig belastet, enn hva uerfarne behandlere vil være. Frustrasjon over å ikke klare å hjelpe den selvskadende ungdommen kan være med på å resultere i antiterapeutiske reaksjoner hos behandlerne og at behandlingen ofte går i lås.

Maktesløsheten vil være med på å forsterke reaksjoner og følelser som fortvilelse og sinne (Øverland 2006).

Bruerkunnskap og brukervedvirkning:

Det at det kom frem av resultatet at det hvilte en sterk følelse av redsel og håpløshet fra helsepersonells side over mange selvskadende pasienter, merker den selvskadende ungdommen mange ganger selv (Åkerman 2010). Øverland (2006) referer til selvskadende pasienter som har

fortalt at tidligere behandlere har avist dem på grunn av at de ikke har noen erfaring med selvskading og på grunn av at selvskadere er vanskelige å forstå og gjør behandlerne usikre.

Kontekst:

På samme måte som det kom frem av resultatet at mangelen på tid, uegnet miljø og lite ressurser var med på å forverre deltakernes holdninger, var det også med på å forverre følelsene som deltakerne fikk i møte med selvskadende ungdom. Konteksten behandlingen foregår i vil påvirke behandlingen. Det vil uansett være vanskelig å forsøke å hjelpe ungdom som skader seg, og det oppleves belastende å måtte forholde seg til fenomenet.

4.4 Manglende Kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell:

Resultatet viste at mange av deltakerne etterspurte ytterligere utdanning og opplæring. Dette fordi de følte at de hadde manglende forståelse, kunnskaper, opplæring og utdanning omhandlende selvskading.

Forskningsbasert kunnskap:

Et av trinnene i kunnskapsbasert praksis å erkjenne og identifisere et kunnskapsbehov (Nortvedt m.fl. 2008). Det kom frem av resultatet at flertallet av respondentene erkjente mangel på kunnskaper, opplæring og utdanning omhandlende selvskading. Dette førte til at de følte seg ufaglærte og usikre på hvordan de på best mulig måte kunne ivareta den selvskadende ungdommen. Studier indikerer at kursing kan endre holdninger hos helsepersonell og andre (Lunde og Hem, 2009). Berlim m.fl. (2007) fant ut ifra deres forskning at holdningene hos helsepersonell i somatisk sykehus generelt ble forbedret etter å ha gjennomgått et opplæringsprogram på 3 timer omhandlende selvskading. Dette opplæringsprogrammet resulterte i at de følte seg mer forberedte og mer i stand til å hjelpe unge mennesker som selvskadet (ibid.). Kurs og etterutdanning av helsepersonell kunne medført en kompetanseheving og holdningsendring i ivaretagelsen av selvskadende ungdom.

Det at det kom også frem av resultatet at flertallet av respondentene faktisk erkjente mangel på kunnskaper, opplæring og utdanning omhandlende selvskading. Dette kan settes opp imot organisasjonsteorien og forsvarlighetskravet. Her foreligger det et systemansvar og individuelt ansvar i forhold til det å holde seg faglig oppdatert (Orvik 2013). Det individuelle ansvaret hviler i hendene på den enkelte helsearbeider, i den forstand at helsearbeidere har en plikt i å holde seg faglig oppdatert. Dette gjøres ved å systematisk innhente forskning rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser (Nortvedt 2012). Systemansvaret er det arbeidsgiveren (eier eller ledelse) som har ansvar for. Det vil si at de har ansvar for at systemet rundt helsearbeiderne er forsvarlig når det gjelder ressurser og organisasjonsform, eller konteksten som det blir omtalt som i den kunnskapsbaserte praksis modellen. Styring er et begrep som brukes i denne sammenheng. Det er et

begrep med flere betydninger i utgangspunktet, men det handler først og fremst om å sikre gode rammebetingelser slik at sykepleiere og annet helsepersonell faktisk kan utføre sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte. Begrepet omfatter også det å sørge for at kompetente og motiverte personer blir ansatt, at de blir gitt tilstrekkelig og nødvendig opplæring og får innføring i organisasjonens verdier (Orvik 2013).

Kunnskap fra forskning kan si noe om forekomsten av en tilstand. I introduksjonen under forekomst estimerte Ystegaard m.fl. (2003) at over 10 % av elevene i ungdomsskolen hadde skadet seg selv en eller flere ganger. Oslo skadelegevakt hadde registrert 250 pasienter og 502 skadetilfeller som hadde selvskadning som kontaktårsak til det norske pasientregisteret. Opplysninger derfra viste at det oppsto flest selvskadninger i alderen 20-24 år (Helsedirektoratet 2010). Det at det er så høye forekomster i ungdomsalderen (14-26 år) kan være med å understøtte at det er behov for kunnskap i forhold til ungdom og selvskadning i somatiske sykehusavdelinger.

Noe som også kom frem av resultatet var at flere av deltakerne etterspurte retningslinjer i forhold til det å ivareta selvskadende ungdom. Vi har i dag ikke noen nasjonale retningslinjer for behandling av selvskadning i Norge (Helsebiblioteket 2014). Retningslinjer blir i Nortvedt (2008) definert som «... *systematisk utvikle råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge å passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling*». Dette skal være anbefalinger for praksis som har til hensikt å være en støtte for beslutninger og skal være basert på den beste kunnskapen vi har tilgjengelig (ibid.). Anbefalinger er noe man bevisst kan finne ved å benytte seg av forskning som er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser ut ifra den kunnskapsbaserte modellen (Nortvedt m.fl. 2012).

Deltakerne hevdet som regel, ut ifra resultatet, at helsepersonell i somatisk sykehusavdelinger ikke hadde tilstrekkelig kompetanse i forbindelse med selvskadende ungdom. Flere av deltakerne rapporterte at de kunne ha tenkt seg å sendt selvskadende pasienter videre til psykiatrien. Dette fordi de mente at det å håndtere selvskadning var et spesialistområde, og fordi de mente at psykiatrien var mer passende for å ta hånd om dem. Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at selvskadende ungdom burde henvises til psykiatrisk spesialtjeneste for videre utredning og behandling, dersom det dreier seg om gjentatt selvskadning som er knyttet til alvorlige psykiske problemer. Dette kan være med å fremheve deres behov for økt kunnskap. Men kanskje bunner det like mye i redsel og usikkerhet som i mangel på kunnskap og kompetanse, som Åkerman (2010) hadde gjort seg opp noen tanker om.

Erfaringsbasert kunnskap:

Det kom frem av resultatet at det var viktig å beholde de eldre og erfarne sykepleierne i akuttmottaket, spesielt de som hadde fått opplæring om selvskading. Dette fordi det førte til økt empati, støttende og positive holdninger. I tillegg til teoretiske kunnskaper må man ha erfaring fra eget liv og som behandler for å kunne forstå fenomenet selvskading. Erfaring gjør behandleren tryggere og mindre overveldet av å se og snakke om selvskadende atferd. Samtidig er det en forutsetning at den som ønsker å hjelpe har evnen til empati, som kan være med på å vise til et forsøk på forståelse, uten at det nødvendigvis fører til at selvskadings handlingene aksepteres (Øverland 2006).

Øverland (2006) sier også noe om «forståelse som begrensning og mulighet». Det er tungt å bare ta imot et annet menneskes smerte, særlig visst man verken forstår det eller vet hva som skal til for å få ting til å bli bedre. Behandlerens forståelse av selvskading kan påvirke både behandlingen og prognosen/utfallet.

Brukerkunnskap og brukermedvirkning:

Det kom frem av resultatet at deltakerne rapporterte liten kunnskap om selvskading, at deltakerne følte seg ufaglærte til å ivareta ungdom som skadet seg selv og at de hadde manglende forståelse for denne problematikken. Dette er noe ungdommene selv registrerer. Den selvskadende ungdommen trodde at manglende kunnskap hos helsepersonell kunne være medvirkende til deres negative holdninger overfor de som selvskadet (Taylor m.fl.2009). Åkerman (2010) forteller i sin bok at selvskadende ungdom på tross av at det finnes mer informasjon, større interesse og bedre hjelp å få, ligger det fremdeles en følelse av hjelpeløshet overfor «selvskadejenter» innen helsevesenet. Mye helsepersonell er fortsatt usikre på hvordan de skal forholde seg til ungdom som selvskader. Ungdom som selvskader føler seg dermed ofte misforstått, uønsket, ensomme og håpløse. Det er ikke uvanlig at ungdom med langvarig selvskading har negative erfaringer med helsevesenet. Mange opplever at forståelsen for selvskadingen er mangelfull og at man blir sett på som brysom, manipulerende eller en sånn en som «bare vil ha oppmerksomhet» (ibid.).

Kontekst:

Resultatet viser at mange av deltakerne ikke hadde mottatt noen form for opplæring eller utdanning omhandlende selvskading. For å kunne øke deres kunnskapsbehov kreves det hensiktsmessig organisering og relevant opplæring, som ledere bør prioritere. Årsaken kan ha sammenheng med manglende tid og lite ressurser på arbeidsplassen, eller lav prioritet fra ledelsen med henhold til at det ikke finnes noen standardiserte retningslinjer i forhold til behandling av selvskading. Ledelsen har et faglig ansvar for kunnskapsnivå hos sine ansatte (Orvik 2013).

5.0 Metodediskusjon:

En svakhet for denne oppgaven kan være at flere av de inkluderte artiklene har benyttet seg av en kvantitativ tilnærming. Majoriteten av artiklene brukte hele eller elementer fra det samme spørreskjemaet, Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) av Domino's m.fl. Ulempen kan i den forbindelsen være at deltakerne som deltok i studiene ikke fikk frem subjektive, personlige erfaringer de hadde i forhold til det valgte emne. Kvalitative design kunne ha belyst funnene ytterligere i dybde ved at de undersøker holdninger i forhold til selvskadende ungdom. Dette kunne ha styrket oppgaven. Dette kunne ha økt pålitelighet og validitet. En styrke i denne oppgaven er at en av artiklene var kvalitativ og tre av artiklene hadde en kombinasjon av både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. De var veldig utfyllende og ga mange nyttige synspunkter. Det at flere av studiene hadde kombinert både kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode kan ifølge Nortvedt m.fl.(2012) være med på å få frem ulike kunnskaper og perspektiver om det gitte temaet.

En gjennomgående utfordring i denne oppgaven var at det ikke eksisterte noen felles definisjon og begrepsavklaring på selvskadning. Dette medførte at det var vanskelig å finne sammenlignbart material innenfor oppgavens gitte hensikt. Det ble med henhold til dette valgt å skrive kildeneært, særlig i de teoretiske anlagte delene som innledning og diskusjon. Mange søkeord måtte tas i bruk og man kunne fordelaktig gjort nytte av å undersøkt holdninger i forhold til spesifikk selvskadingsatferd som f.eks. kuttskader. Men på grunnlag av at forskningsfeltet rundt selvskadning er av nyere dato, ville man ikke ha funnet tilstrekkelig forskning ved å gjøre det slik. Oppgaven fokuserer derfor på holdninger, følelser, kunnskap og forståelse hos helsepersonell i møte med selvskadende ungdom i vid forstand. Flere av artiklene tok også for seg selvmordsatferd, men ble ansett som relevante for denne oppgaven med tanke på at det er en flytende gråsoner mellom selvskadning og selvmord.

Artiklene som ble innhentet i oppgaven ble valgt ut ifra relevansen av dem. Det viste seg å være utfordrende å vite hvilken forskning som skulle inkluderes og ekskluderes for å få svar på hensikten. Gode artikler ble ekskludert på grunn av at de ble vurdert til å være for gamle, eller fra kulturer som ikke hadde direkte overførbarhet til sykepleien i Norge.

Deltakerne som deltok i studiene var ikke bare sykepleiere fra somatiske sykehusavdelinger, men også andre profesjoner innenfor både somatisk og psykiatrisk sykehus. Perspektivet under denne oppgaven ble derfor «helsepersonell» som ble begrunnet med at holdninger, følelser, kunnskap og forståelse kunne ha en overførbarhet til sykepleiere som deltaker i helsepersonellgruppen. Dette ble sett i lys av organisasjonskultur og systemteori fra Orvik (2013) og Bang (2011) sine teorier, hvor kultur er noe som er felles delt mellom helsepersonell innad i avdelingene/organisasjonen og hvor holdningene kunne være et resultat av deltakernes kultur. Systemteorien forklarer at systemer

består av deler som står i et gjensidig forhold til hverandre. At alle deler er avhengige av hverandre og hvor hver enkelt del av systemet påvirker de andre (Orvik 2013).

Den kunnskapsbaserte modellen var teori som ble valgt på grunnlag av at denne måten å jobbe og tenke på har fått bredere forankring i kvalitetsforbedringsarbeidet. I følge de yrkesetiske retningslinjene (2011) skal all sykepleie bygge på kunnskapsbasert praksis. Det å knytte modellen for kunnskapsbasert praksis opp imot resultatet var med på å bygge bro som kunne vise til hvordan man kunne tilegne seg kunnskap i møte med selvskadende ungdom. Hver enkelt kunnskapskilde i modellen kunne diskuteres opp imot hver enkelt kategori. Noen av funnene ble også sett i lys av et organisasjonsteoretisk perspektiv da tilegnelse av kunnskap krever hensiktsmessig organisering og relevant opplæring, som ledere bør prioritere. For å få gjennomført dette kreves det at det vies tid, oppmerksomhet og ressurser som både er et individuelt – og ledelses ansvar.

6.0 Konklusjon:

Konklusjonen vil knytte funnene og diskusjonen sammen sett i lys av det organisasjonsteoretiske perspektivet og den kunnskapsbaserte praksismodellen.

- Helsepersonell hadde både positive og negative holdninger mot selvskadende ungdom, hvor erfaringsbasert kunnskap ga mer positive holdninger og større forståelse.
- I tråd med brukerkunnskap og brukermedvirkning hadde den selvskadende ungdommen en motstridende oppfatning av helsepersonells holdninger, hvor de oppfattet helsepersonells holdninger som negative i møte med dem og der liten kunnskap var medvirkende til deres negative holdninger.
- Det virker sannsynlig at negative holdninger er relatert til manglende forskningsbasert kunnskap.
- Den høye forekomsten av selvskading blant ungdom indikerer et økt forskningsbasert kunnskapsbehov, også innenfor somatiske sykehusavdelinger. Dette fordi sykepleiere og annet helsepersonell vil møte denne pasientgruppen ute i praksis.
- Økt kunnskap i tråd med forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap er nødvendig for at helsepersonell skal kunne håndtere sine egne følelser og reaksjoner og for at man skal kunne møte den selvskadende ungdommen på en profesjonell måte.
- Det gis ikke mulighet til økt kunnskap og holdningsendring hos helsepersonell med den organiseringen, rammebetingelsene og konteksten ivaretagelsen av den selvskadende ungdommen foregår i.
- Det at det ikke eksisterer noen retningslinjer kan trolig være en medvirkende faktor for at økt kunnskap omhandlende selvskadende ungdom ikke blir prioritert fra ledelsens side.
- Ytterligere opplæring, utdanningsmuligheter og tilrettelegging for gjennomførelse av dette fra ledelse, kan lede til bedre holdninger og en større forståelse av problemene og behovene til den selvskadende ungdommen.
- Den norske helsevesenet må fokusere på skaffe til veie standardiserte retningslinjer i tråd med forskningsbasert kunnskap. Disse bør være basert på den beste kunnskapen vi har tilgjengelig omhandlende selvskading, som kan fungere som en støtte for beslutninger.
- Videre og mer sammenlignbar forskning skulle ha blitt gjennomført for å skape en større kunnskapsbase.

7.0 Litteraturliste:

Anderson og Standen (2007) Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm, *journal of psychiatric and mental health nursing*, 14, s. 470-477.

Anderson M, Stranden P og Noon J (2003) Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behavior: a contemporary grounded theory analysis, *International Journal of Nursing Studies* 40, s. 587-597.

Bang H (2011) *Organisasjonskultur*, 4 utg., Oslo, Universitetsforlaget.

Berlim M T, Perizzolo J, Lejderman F, Fleck M P og Joiner T E (2007) Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *Journal of Affective Disorders*, 100, s. 233-239.

Bie K (2007) *Refleksjonshåndboken*, Oslo, Universitetsforlaget

Brinchmann B S (2010) Kliniske etikk-komiteer, i: Brinchmann B S (red.) *Etikk i sykepleien*, 2.utg., Oslo, Gyldendal akademisk

Conlon M og O'Tuathail C (2010) Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale, *International Emergency Nursing*, 20, s. 3-13

Crawford T, Geraghty W, Street K og Simonoff E (2003) Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents, *Journal of Adolescence*, 26, s. 619-629

Dalland O (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Dalland O (2013) *Metode og oppgaveskriving*, 5. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, Stockholm, Natur och kultur

Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M og Mitchell A J (2005) Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, s. 273-277.

Gibb S J, Beautrais A L og Surgenor L J (2010) Health-care staff attitudes towards self-harm patients, *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44, s. 713-720.

Graneheim U H og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *nurse education today*, 24 (1), s. 105- 112

Hadfield J, Brown D, Pembroke L og Hayward M (2009) Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm, *Qualitative Health Research*, 19, s.755-765

Helsedirektoratet (2010) Personskadedata i norsk pasientregister

<<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/personskadedata-i-norsk-pasientregister/Publikasjoner/personskadedata-i-norsk-pasientregister.pdf>> [Lastet ned 25.02.14]

Hoffart R A R m.fl. (2014) Hjelper utbrente sykepleiere. Veiledningskurs for utbrente sykepleiere minsker stress og økte arbeidslysten, *Sykepleien*, 102, s. 46-48.

Håkonsen K M (2009) *Innføring i psykologi*, 4.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

ICD-10 (1998) Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. rev., Oslo, Statens helsetilsyn.

Kapur N og Gask L (2009) Introduction to suicide and self-harm, *Psychiatry*, 8, s. 233-236.

National Collaborating Centre for Mental Health (2012) Self –harm -The nice guideline on longer-term management. National Clinical Guideline number 133, London, *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*

<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13619/57205/57205.pdf>> [Lastet ned: 21.03.14]

Kosky N (2007) Meeting NICE self-harm standards in an accident and emergency department, *Psychiatric Bulletin*, 31 (7), s. 255– 258

Kringen E (2011) *Psykiatri*, 10 utg., Oslo, Gyldendal norsk forlag AS

Kristoffersen N J (2011) Sykepleie- kunnskap og kompetanse, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, 2.utg., bind 1, s. 166-169, Oslo, Gyldendal akademisk

Lunde S og Hem E (2009) Å angripe egen kropp, *tidsskriftet for den norske legeforening*, 129 (8/09), s.734

Mackay N og Barrowclough (u.å), Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help, *British journal of clinical psychology*, 44, s. 255-267.

McCann T V, Clark E, McConnachie S og Harvey I (2005a) Accident and emergency nurses attitudes towards patients who self-harm, *Accident and emergency nursing*, 14, s. 4-10.

McCann T V, Clark E, McConnachie S og Harvey I (2005b) Deliberate self-harm: emergency department nurses attitudes, triage and care intentions, *Journal of clinical nursing*, 16, s.1704-1711

McCarthy L og Gjibels H (2009) An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital, *International emergency nursing*, 18, s. 29-35

Mehlum L og Holseth K (2009) Selvskading-Hva gjør vi? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129 (8/09), s. 759-762.

NEM (2013) De nasjonale forskningsetiske komiteene, Forskningsetisk sjekklister
<<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister/>> [Lastet ned 18.02.2014]

Nortvedt M W, Jamtvedt G, Graverholt B og Reinart L M (2008) *Å arbeide og undervise Kunnskapsbasert*. En arbeidsbok for sykepleiere, Oslo, Bryne Offset

Nortvedt M W, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim L V og Reinart L M (2012) *Jobb kunnskapsbasert*. En arbeidsbok, Akribe AS.

Orvik A (2004) *Organisatorisk kompetanse. I sykepleie og helsefaglig samarbeid*, 1.utg., Oslo, J.W Cappelens forlag as.

[Pasient- og brukerrettighetsloven] (1999) *Lov om pasient – og brukerrettigheter av 2 juli 1999*, nr.63, helse- og omsorgsdepartementet <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3> [lastet ned 08.05.14]

Pettersen R C (2008) *Oppgaveskrivingens ABC*. Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter, Oslo, Universitetsforlaget.

Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing Research*. Generating and assessing evidence for nursing practice, Philadelphia, Wolters Kluwer Health

Ribe K (2009) Legen som skalv på hendene mens han sydde. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 129 (8/09), s. 780

Saunders K E A, Hawton K, Fortune S og Farrell S (2011) Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review, *Journal of affective Disorders*, 139, s. 205-216.

Skårderud F, Haugsgjerd S og Stånicke E (2010) *Psykiatriboken*. Sinn-kropp-samfunn, 1 utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Sommerfeldt B og Skårderud F (2009) Hva er selvskading, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129 (8/09), s. 754-758

Taylor T L, Hawton K, Fortune S og Kapur N (2009) Attitudes towards clinical services among people who self-harm, *The British Journal of Psychiatry*, 194, s. 104-110.

Thorsen G R B (2006) Selvskading og selvmord...ingen selvfølge, *Suicidologi*, 11 (1), s. 5-9

Timson D, Priest H og Carter D.C (u.å) Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs, *Journal of adolescence*, 35, s.1307-1314.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), ICNs etiske regler,

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lastet med 21.03.14]

Ystegaard M , Reinholdt N P og Husby J m.fl. (2003) Villet egenskade blant ungdom, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, s. 2241-2245

Øverland S (2006) *Selvskading*. En praktisk tilnærming, Bergen, Fagbokforlaget

Åkerman S (2010) *For å overleve*. En bok om selvskading, Oversatt fra Svensk av Plau H.S, Humanistisk forlag

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 2: Manuelt søk

Vedlegg 3: Analysetabell

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 5: Artikkelgranskning/vurdering

Vedlegg 1: Oversikt over søkehistorikk

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline (21.01.14)	English, Danish, Norwegian or Swedish language Abstract Publication year: 2009- current young adult (19 to 24 years) female qualitative (best balance of sensitivity)	Suicide OR Self Mutilation OR Self-Injurious Behavior OR Pain OR Suicide, Attempted OR Risk Factors AND Attitude of Health Personnel	50	46*	4***	1	0

	and specificity)						
Scencedirect.com (27.01.14)	year: 2009- current woman health care mental health	Self harm AND Attitude	257	255*	2	2	0
Scencedirect.com (27.01.14)		Attitudes AND Emergency Nurses AND Deliberate self-harm.	401	390* 4**	7** 5***	5	5

Cinahl (05.02.14)		Injuries, Self-Inflicted OR Self-Injurious Behavior OR Self-Mutilation AND Attitude of Health Personnel OR Employee Attitudes OR Psychotherapist Attitudes OR Emergency Medical Technician Attitudes OR Health Personnel OR Physician Assistant Attitudes OR Physical Therapist Attitudes OR Personnel, Health Facility OR Emotions OR Job Experience OR Life Experiences	174	168* 3**	3	3	3
----------------------	--	--	-----	-------------	---	---	---

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : antallet ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: antall artikler som er lest i sin helhet

Vedlegg 2: Manuelt søk

Fra artikkel:	Valgt ut:
Manuelt søk 1	
Hadfield J, Brown L og Hayward M (2009) Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm. Qualitative health research,19, number 6, s.755	McCann T.V, Clark E, McConnachie S og Harvey I (2005) Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. Journal of clinical nursing, 16, s. 1704-1711. Ble tilsendt av veileder.
Manuelt søk 2	
Conlon M og O`Tuathail C (2010) Measuring emergency department nurses` attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale International Emergency Nursing, 20, s. 3-13	Crawford T, Geraghty W, Street K og Simonoff E (2003) Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents Journal of Adolescence,26, s. 619-629
Manuelt søk 3	
Hadfield J, Brown L og Hayward M (2009) Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm. Qualitative health research,19, number 6, s.755	Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M og Mitchell A.J (2005) Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience Journal of psychosomatic research ,60, s. 273-277
Manuelt søk 4	
Conlon M og O`Tuathail C (2010) Measuring emergency department nurses` attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale International Emergency Nursing, 20, s. 3-13	Anderson M og Stranden J (2007) Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 470-477. Ble tilsendt av veilder.

Vedlegg 3: Analysetabell

Meningsenhet:	Subkategorier:	Kategorier:
<p>Artikkel 1): Oppfatninger av relasjoner til unge mennesker som selvskader Relasjoner til unge mennesker som engasjerer seg i selvskading Kommunikasjon Erfaring av frustrasjon i praksis Strategier for å skape en relasjon Mangel på tid og ressurser Akuttmottak, et uegnet miljø Ineffektive intervensjoner Så på selvskading som bortkastet liv, i refleksjon av verdien av livet. Refleksjon over egne erfaringer Tverrfaglig samarbeid Mangel på kvalifikasjon Frykten for å si noe galt. Mangel på erfaringer Mangel på kunnskap</p> <p>Artikkel 2) Spl. uten forkunnskaper og lengre yrkeserfaring hadde mer sinne overfor selvskadende pas. Og mindre sympati. Følte seg ufaglærte Behov for opplæring Ønsket at flere skulle bli sett til av psykiatriske tjenester.</p>	<p>Holdninger: Positive holdninger Negative holdninger</p> <p>Manglende forståelse</p> <p>Manglende kunnskap: Manglende kvalifikasjon Ufaglærte Behov for opplæring Ikke innenfor deres kompetanse</p> <p>Ulike faktorer som påvirker holdninger: Egenerfaring Opplæring Utdannelse Yrkeserfaring Alder Kjønn Manglende tid Manglende ressurser Uegnet miljø</p> <p>Følelser: Frykt Frustrasjon Irritasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Helsepersonell holdninger overfor selvskading ○ Selvskading vekker følelser ○ Manglende kunnskap og forståelse rundt selvskading blant helsepersonell

<p>Artikkel 3) Viste liten grad av motvilje Positive holdninger Holdningene var forskjellig i samsvar med spl. alder Utdannelse og sosial bedømmelse påvirket hvordan spl. så på, interagerte og tok moralske bestemmelser angående selvskadende pas. Mangel på utdanning Akuttmottaket er et upassende miljø Mangel på tid Manglende bemanning og ressurser Utskrives/overflyttes til psykiatrien – da det er mer passende at de tar hånd om dem. Gjentatt selvskading vekke følelser som frustrasjon og avmakt Selvskadende pas. Som er på jakt etter oppmerksomhet blir ofte oversett eller marginalisert. Selvskading blir sett på som manipulasjon Kaster bort personalets tid. Vanskelig for å ha medlidenhet Selvskading blir bedømt som moralsk galt. Eldre spl. lavere motvilje og mer positive holdninger.</p> <p>Artikkel 4) Følte seg effektive i å håndtere selvskading Bekymret for disse pas.</p>	Hjelpeløse Fortvilelse Sinne Ubehag Maktesløshet Skuffelse Samarbeid/Tverrfaglig: Overflyttes til psykiatrien Samarbeid med psykiatrien Konsultasjon fra psykiatrien Tilsyn fra psykiatrien	
--	---	--

<p>De som følte seg effektive erfarte mindre bekymring Behov for opplæring Mente at selvskading var et spesialist område.</p> <p>Artikkel 5) Følte seg hjelpeløse til å ta opp de følelsesmessige aspektene av selvskading Ikke innenfor deres kompetanse Deres (legene) rolle er å tilby fysisk behandling Videre overføring/overflytting Opplever følelser som hjelpeløshet, frustrasjon, sinne, irritasjon og fortvilelse i møte med pas. Som gjentatte ganger skader seg. Økt følelse av ubehag og maktesløshet pga. lite hjelp fra psykiatrien Opplevs som manipulasjon Tilbrakte minst mulig tid med dem pga. fremkallelse av følelser og truet deres evne til å opptre profesjonelt Følelser som skuffelse over sine evner til å hjelpe Frykten for galskap og tap av egen tilregnelighet Bagatelliserer personens selvskading (forsvarsmekanisme) Gjør seg selv taus/distanserer seg (beskytter seg fra følelser og fra å miste forstanden) Refleksjon av personlige erfaringer</p> <p>Artikkel 6) Positive holdninger</p>		
--	--	--

<p>Elder spl. og sykehus trente spl. hadde mindre positive holdninger De med videreutdanning hadde mer positive holdninger Økt yrkeserfaring ga mer positive holdninger. Positive holdninger til deres effektivitet av å håndtere selvskadning Eldre håndterte det mer effektivt De spl. med etterutdanning var mer effektive Hadde generelt en moderat empatisk holdning til selvskadende pas. Behov for kunnskap og henvisningskilder og prosesser, anskaffe tjenester og informasjon og behov for videre utdanning.</p> <p>Artikkel 7) Barn- og ungdoms psykiatriske tjenester har best kunnskap og er mest effektive Akuttpersonell hadde høyest score for negativitet og lavest score for effektivitet Alle som følte seg negativ hadde liten kunnskap og følte seg mindre effektive Negative holdninger var relatert til liten kunnskap Personal som var kunnskapsrike følte seg mer effektive og mindre negative Rapporterte at de ville ha nytte av videre opplæring, kunnskap og tilsyn.</p> <p>Artikkel 8) Støttende holdninger</p>		
---	--	--

<p>Forskjeller på grunnlag av alder, lengde av klinisk erfaring eller tidligere etterutdanning i holdninger Elder tror ikke de gjør det for å få sympati, mens yngre var usikre. Eldre viste en mer positiv og støttende holdning De som hadde etterutdanning var uenige i utsagnet at de gjorde det for å få sympati, mens de uten var usikre. Flest sykepleiere hadde ikke mottatt noen utdannende forberedelser for å håndtere selvskading</p> <p>Artikkel 9) Generelt sympatiske holdninger Ga samme nivå av omsorg som de normalt ville ha gitt En del usikkerhet blant informantene Diskriminerte ikke disse pasienten i deres triagering eller ift. Deres omsorgsbeslutninger En del visste ikke om retningslinjene</p> <p>Artikkel 10) Deres kontakt var nyttig Tålmodige og forståelsesfulle Optimistiske ang. pasientens utfall Følte seg usikker i å jobbe med selvskading Mangelfull opplæring Holdningene var ikke særlig påvirket av alder, kjønn eller erfaring Negative holdninger assosiert med utbrenthet</p>		
---	--	--

<p>Vanskeligheter med å jobbe med selvskadende pas. Var repeterende selvskading, frustrerende og vanskelig pasient atferd, kommunikasjonsvansker og tidspress</p> <p>Generelt positive holdninger, men En lett blanding av pos. Og negative holdninger</p> <p>Nytte av opplæring, støtte fra psyk, psyk tilgjengelig for konsultasjon</p> <p>Artikkel 11) En betydelig effekt for kjønn og alder ble funnet på sympati, irritasjon og frustrasjon</p> <p>Mannlige personalet uttrykte mindre sympati, samt. Større irritasjon og frustrasjon</p> <p>Store forskjeller for kjønn på personlig optimisme</p> <p>Mannlig personalet uttrykte mindre personlig optimisme, og var mindre villig til å hjelpe</p> <p>Eldre alder var forbundet med større forståelse</p> <p>Når selvskadingen var ansett for å være mindre kontrollerende var det forbundet med sympati</p> <p>Mer kontrollerende var det assosiert med større irritasjon og frustrasjon</p> <p>Artikkel 12) Oppfattet selvskading for å være en refleksjon av psykiske lidelser og for være et skrik om hjelp</p> <p>Ser ikke på det som moralsk galt</p> <p>Ikke noen signifikante forskjeller ift. Kjønn, klinisk erfaring og lengde på erfaring.</p>		
--	--	--

--	--	--

Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel	Tittel Forfatter(e) Land (År) Tidsskrift/ journal	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
	<p>Nurses` and doctors` perception of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis</p> <p>Anderson M, Stranden P og Noon J</p> <p>Storbritannia</p> <p>(2003)</p> <p>International journal of</p>	<p>For å utforske sykepleieres og legers oppfatninger av unge mennesker som deltar i selvmordsatferd</p>	<p>Er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ studie, med hovedvekt på kvantitativ forskning</p> <p>Semi-strukturert intervjuguide som tok utgangspunkt i Suicide Opinion Questionnaire.</p> <p>Intervjuene varte i 45 min.</p> <p>Er en del av en daværende større pågående studie</p>	<p>45 deltakere (sykepleiere og leger på akuttmottak).</p>	<p>Det blir avdekt to hovedkategorier med tilhørende underkategorier i denne studien: Erfaring med frustrasjon i praksis, med underkategoriene (ikke-terapeutiske situasjoner, umotivert etter forsøk på intervensjoner og verdien av livet.</p> <p>Strategier for å skape relasjoner til unge mennesker, med underkategoriene (spesialist evner i omsorgen og refleksjon over egne erfaringer).</p>	<p>En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming, med hovedvekt på kvantitativ. Dette kan være med på å få frem ulike kunnskaper og perspektiver om det gitte temaet</p>

	Nursing Studies, 40,s. 587-597					
2.	<p>Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience.</p> <p>Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pichard M og Michell A. J</p> <p>Storbritannia (Leicester Royal Infirmary)</p> <p>(2005)</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke holdningene til akutt personell overfor pasienter som selvskader gjennom sårskader</p>	<p>Er en kvantitativ studie. Forskerne utviklet spørreskjemaet Metode bestående av selvadministrerende spørreskjema «self-harm Antipathy Scale (SHAS)» utviklet av (Patterson m.fl.2007).</p>	<p>Det ble distribuert 117 spørreskjema til akuttmottaks-personell. 70 stk. svarte, men 7 av de hadde mangelfull data. En svarprosent på 53.8%. Det ble til sammen 63 informanter brukt i analysen.</p>	<p>Studien fant bevis for uheldige holdninger blant noe akuttpersonell. Særlig de uten noen tidligere opplæring i Selvskadings atferd, som syntes å vise mindre sympati overfor selvskadings pasienter.</p>	<p>Undersøkelsen ble gjennomført av relativt få deltakere, på samme senter/institusjon. Er en fare for at de som gjennomførte undersøkelsen hadde en større interesse av det gitte temaet. Kvantitativ tilnærming som kanskje ikke vil gå tilstrekkelig i dybden på temaet og at de derfor kan mangle pålitelighet og validitet</p>

	journal of psychosomatic research ,60, s. 273-277					
3.	<p>Measuring emergency department nurses` attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale</p> <p>Conlon M og O`Tuathail C.</p> <p>Irland</p> <p>(2010)</p> <p>International Emergency Nursing, 20, s. 3-13</p>	<p>Hensikten med denne studien var å måle akuttmottak ets sykepleieres holdninger til villet egenskade</p>	<p>Er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ studie, med hovedvekt på kvantitativ forskning</p> <p>Benyttet spørreskjemaet «self-harm antipathy scale» av (Patterson m.fl.2007).</p> <p>De benyttet seg også av åpne spørsmål i spørreskjemaet hvor 24% (n=21) av deltakerne valgte å ikke besvare, mens 76% (n=66) valgte å besvare, noe som ble transkribert ordrett.</p>	<p>Spørreskjemaet ble administrert til hundre sykepleiere fra til sammen fire forskjellige sykehus i Irland, hvor totalt 87 spørreskjema ble retunert.</p>	<p>Resultatene viste til at sykepleiere viste liten antipati, som er følelse av ubehag som skyldes uvilkårlig motvilje, avsky og avstandtagen. Dette indikerete positive holdninger til selvskadende pasienter. Holdningene var betydelig forskjellig med sykepleiernes alder.</p> <p>Utdannelse og sosial bedømmelse påvirket også sykepleiernes synspunkter, interaksjoner og moralske beslutninger når det gjelder selvskadende pasienter</p>	<p>En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming, med hovedvekt på kvantitativ. Dette kan være med på å få frem ulike kunnskaper og perspektiver om det gitte temaet</p> <p>Etisk godkjent fra de fire relevante sykehusenes etiske komité.</p> <p>Stor respons og mange deltakere fra fire forskjellige sykehus i Irland.</p>

4.	<p>Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents</p> <p>Crawford T, Geraghty W, Street K og Simonoff E.</p> <p>London (2003)</p> <p>Journal of Adolescence, 26, s. 619-629</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke kunnskapsnivået, holdninger og opplæringsbehov i forhold til ungdom som selvskader blant en rekke fagfolk som er involvert i vurdering og håndtering av barn og ungdom som selvskader.</p>	<p>Spørreundersøkelse. Spørreskjemaet ble utviklet spesielt for studien ved hjelp av designmetodikk anbefalt av Rust & Golombok (1989), da de mente at det ikke var noen passende spørreskjemaer fra tidligere forskning som de kunne benytte. Kvalitative data ble også samlet i forhold til deres oppfattelse av opplæringsbehov.</p>	<p>126 helsepersonell som arbeidet med ungdom som skader seg selv deltok. Deltakerne inkluderte psykiatere, ikke psykiatriske leger, psykiatriske sykepleiere, ikke-psykiatriske sykepleiere og andre profesjoner som: sosial arbeidere, psykologer, psykoterapeuter og lærere. Disse fra tre forskjellige universitetssykehus.</p>	<p>Ansatte som følte seg effektive i å håndtere selvskadende pasienter følte mindre negativitet til denne pasientgruppen. en prosentandel på 42% ønsket videre opplæring i selvskading blant ungdom.</p>	<p>Er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming, med hovedvekt på kvantitativ, som kan være med på å få frem ulike kunnskaper og perspektiver om det gitte temaet</p>

5.	<p>Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm.</p> <p>Hadfield J, Brown D, Pembroke L og Hayward M.</p> <p>Storbritannia</p> <p>(2009)</p> <p>Qualitative health reserch, 19, number 6, s.755.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan leger som jobber i akuttmottak respondere på behandling av mennesker som selvskafer.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>Fem leger fra to akuttmottak som var kvalifisert og hadde erfaring rundt det å behandle mennesker som skader seg selv ble intervjuet. Tre av deltakerne var kvinner og to var menn.</p>	<p>Det ble identifisert både tilretteleggende, fremmende og lite hjelpsomme aspekter i relasjonen mellom mennesker som selvkader og leger på akuttmottak.</p>	<p>Etisk godkjent fra University of Surrey etiske komité og forskning og utviklingskomiteer fra de to sykehusene deltakerne ble rekruttert fra.</p> <p>Få deltakere</p> <p>Kan ha gitt svar som de tror intervjuerne ønsker å høre, at dataen som har blitt samlet inn har blitt påvirket av at det foregått en undersøkelse (Dalland 2010).</p>
6.	<p>An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiere på akuttmottak ets</p>	<p>Kvantitativ, beskrivende og korrelerende design.</p> <p>Benyttet en endret versjon av McAllister's m.fl.(2002)</p>	<p>71 av 80 kvalifiserte sykepleiere på akuttmottak returnerte spørreskjema-et. Tre spørreskjema-er ble forkastet på</p>	<p>Studien fant ut at sykepleiere i akuttmottak hadde positive holdninger mot individer som selvskafer. Ingen korrelasjon ble funnet mellom den totale scoren og alder, erfaring fra akuttmottak, eller tidligere gjennomført kursing/opplær-ing omhandlende selvskafer, selv</p>	<p>Etisk godkjennelse ble mottatt gjennom de lokale universitets-sykehusenes: kliniske forsknings-komité.</p> <p>Studien var registrert med sykehusets kvalitets-kontor.</p>

	<p>Irish teaching hospital.</p> <p>McCarthy L and Gijbels H</p> <p>Irland</p> <p>(2009)</p> <p>International Emergency Nursing, 18, s. 29-35</p>	<p>holdninger mot individer som selvskader, inkludert forholdet mellom holdninger og faktorer som alder, akademiske oppnåelser, lengde på erfaring og utdanning innen selvskading.</p>	<p>spørreskjema «Attitude Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire (ADSHQ)».</p>	<p>grunn av manglende data. Dette tilsvarer til sammen en svarprosent på 85% (n=68).</p>	<p>om eldre sykepleiere og sykehustrente sykepleiere hadde mindre positive holdninger. Alder og lengde av klinisk erfaring skapte en trend i forhold til at som antall år økte ble holdningene til selvskadingspasienter mer positive, de nådde etterhvert så en topp og falt deretter igjen.</p>	<p>Belyser ikke funnene i dybden.</p>
7.	<p>Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs.</p> <p>Timson D, Priest H, Clark-Carter D.</p> <p>Storbritannia</p>	<p>Hensikten var å utforske profesjonsutdannedes holdninger og kunnskap om ungdom som engasjerer seg i selvskadende atferd, og for å</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Studien benyttet seg av to selv-rapports spørreskjemaer</p> <p>Tillatelse ble gitt av Jeffery til å anvende Jeffery and Warm (2002) «measure of staff knowledge about</p>	<p>Deltakerne som ble rekruttert til studien var 120 kvalifiserte profesjonsutdannede yrkesutøvere som jobbet i akuttmottak, barne og ungdoms mentale helsetjenester og en</p>	<p>Resultatene demonstrerte en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Barne og ungdoms mentale helsetjenesten var mer kunnskapsrike og følte seg mer effektive enn både personell i akuttmottak eller lærere, hvor personell i akuttmottak uttrykte mer negative holdninger.</p>	<p>Etisk godkjenning ble innhentet fra en lokal NHS forsknings-etisk komité.</p> <p>Overhodene av tjenestene på de lokale barne- og ungdoms mentale helsetjenester, akuttmottaks avdelingen og en videregående skole innenfor samme geografiske område ble kontaktet, og alle ble enige om at studien skulle finne sted.</p>

	(u.å) Journal of Adolescence, 35, s. 1307- 1314.	identifisere opplærings- behov.	self-harming behaviour». Det ble også gitt tillatelse av utgiverne til å anvende Crawford m.fl.(2003) «measure of staff attitudes to deliberate self-harm».	videregående skole. Rangeringen av yrkesutøvere inkluderte psykiatere, psykologer, sykepleiere, sosial arbeidere, doktorere og lærere.		
8. (a)	Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. McCann T, Clark E, McCaonnachie S, Harvey I. Australia (2005)	Studien tok sikte på å vurdere om sykepleiere i akuttmottak har positive eller negative holdninger til pasienter som selvskader, og å vurdere om sykepleierne s alder, lengde på erfaring	Kvantitativ studie. En tilpasset versjon av «Suicide Opinion Questionnaire (SOQ)» ble brukt for å vurdere holdninger overfor pasienter med bevisst egenskade. 29 lukkede spørsmål.	Data ble samlet inn fra 43 registrerte sykepleiere i en akuttmottaks avdeling fra et storby sykehus i Australia.	De fleste sykepleiern har ikke mottatt noen utdannende forberedesler i forhold til å ta vare på pasienter som selvskader. Men funnene viste at sykepleierne generelt hadde støttende holdninger overfor selvskadende pasienter. Det var signifikante forskjeller mellom respondentene på flere variabler. Eldre og mer erfarne sykepleiere hadde mer støttende holdninger enn yngre og mindre erfarne. Sykepleiere som hadde deltatt på internundervisning om selvskading hadde mer positive holdninger, enn de som ikke hadde deltatt.	Universitet og sykehus etiske komiteer godkjente studien.

	Accident and emergency nursing, 14, s. 4-10	innen akuttmottak, eller om kursing/etter utdanning påvirke deres holdninger til disse pasientene. Studien utgjør en del av en større studie som også undersøker intensjoner i praksis.				
9. (b)	Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. McCann TV, Clark E,	Formålet med denne undersøkende studien var å vurdere sykepleiere i akuttmottaks holdninger til pasienter som selvskader. Målsettingen	En kvantitativ studie En modifisert versjon av «Suicide Opinion Questionnaire» av Domino m.fl. 1982 ble brukt. Spørreskjemaet ble hentet fra McLaughlin`s	Data ble samlet inn fra et bekvemmelighets utvalg av registrerte sykepleiere som jobbet i akuttmottaksavdeling fra et storby sykehus i Australia, som	De fleste sykepleierne hadde ikke mottatt noen utdannende forberedesler i forhold til å ta vare på pasienter som selvskader. Men funnene viste at sykepleierne generelt hadde sympatiske holdninger overfor selvskadende pasienter, inkludert både profesjonelt og måten de dannet seg en forestilling av selvskadningen. De diskriminerte ikke denne gruppen pasienter i	Universitet og sykehus etiske komiteer godkjente denne studien. Anonymitet og trygg lagring av innsamlede data, ingen tvang ble brukt til å oppmuntre deltakere og forsikringer ble gitt om å opprettholde konfidensialitet.

	<p>McConnachie S og Harvey I.</p> <p>Australia</p> <p>(2005)</p> <p>Journal of Clinical Nursing, 16, s. 1704-1711.</p>	<p>var å undersøke sykepleierne s holdninger til, og triagering og omsorgs beslutninger rundt pasienter som selvskader.</p>	<p>(1994) sin forkortede versjon av «suicide opinion questionnaire» Respondentenes triage beslutninger ble målt ved å presentere fire vignetter, hvor de ble spurt om hvilken prioritet hver pasient ville ha fått ved å bruke «Australasian Triage Scale.</p>	<p>selv valgte å delta. 43 sykepleiere deltok, som representerte 65.2% av det totale nummeret av sykepleiere i avdelingen</p>	<p>deres triagering eller i forhold til deres omsorgsbeslutninger.</p>	
10.	<p>Health-care staff attitudes towards self-harm patients.</p> <p>Gibb S.J, Beautrais A.L, Surgenor L.J</p> <p>New Zealand</p> <p>(2010)</p>	<p>Å undersøke holdninger overfor selvskadings pasienter og behov for opplæring om selvskading blant helsepersoner i Christchurch,</p>	<p>En kvantitativ studie.</p> <p>Spørreundersøkelse. Den inneholdt 18 utsagn omhandlende det å jobbe med selvskadingspasienter. Deltakerne fullførte også den tredje utgaven av</p>	<p>Deltakerne var medisinske eller psykiatriske ansatte som arbeider i Christchurch Sykehus eller Hillmorton Hospital, Christchurch, New Zealand.</p> <p>Totalt 303 spørreskjema-er</p>	<p>Generelt hadde helsepersonell både positive og negative holdninger overfor selvskadings pasienter. Personalet trodde at deres kontakt med selvskadende pasienter var nyttig, at de var tålmodige og forståelsesfulle, og var optimistiske i forhold til pasientenes utfall. Men de følte seg ikke sikker med å jobbe med selvskadingspasienter og trodde at deres opplæring innenfor dette feltet var mangelfull.</p>	<p>Studien ble godkjent av den Øvre Sør A Regional etisk komité .</p> <p>Deltakerne var alle fra samme sykehus i Christchurch, New Zealand.</p>

	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44, s. 713-720	New Zealand.	«Maslach Burnout Inventory» som besto av 22 deler.	ble distribuert til ansatte. Av disse ble 195 utfylte spørreskjemaer returnert, en svarprosent på 64,4%.	Negative holdninger var assosiert med høyere nivåer av utbrenthet.	
11.	Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help, Mackay N og Barrowclough C. Storbritannia (u.å) British Journal of clinical Psychology, 44, s. 255-267.	Gikk ut ifra Weiners attributional modell's hypotese. Hypotesen til Weiners modell var at personell tilskrives følelsesmessige tilstander ut ifra selvskadings-handlingen når den blir ansett for å være styrbar (med vilje), fra det indre og stabile pasientfaktorer. Da vil	Kvantitativ studie. Spørreskjema Benyttet ulike spørreskjemaer: Attributional style questionnaire (ASQ), The Emotional Response Rating Scale, The Optimism/Pessimism Scale, The Helping Behaviour Scale, demografisk informasjons ark, Understanding of deliberate self-harm scale (UDSHS) og DSH Staff training needs scales. Disse ble	Totalt 180 spørreskjemaer ble distribuert, hvorav 89 ble returnert, en svarprosent på 49%. Deltakerne var medisinsk- og sykepleierpersonell fra 4 forskjellige akuttmottak.	Funnene var i samsvar med Weiners «attributional modell» for å hjelpe. Funnene avslørte at jo større tilegninger av styrbarhet de hadde, jo større blir den negative innvirkningen av personalet mot personen, og mindre tilbøyelighet til å hjelpe. Mannlige ansatte og medisinsk personell hadde mer negative holdninger, og medisinsk personale så mindre behov for ytterligere opplæring.	

		<p>personell vise større negative affekter, mindre optimisme og mindre viljet til å hjelpe. Dette var det de ville undersøke med sin studie. Dette mente de kunne være rettet mot å oppmuntre ansatte til å undersøke og utfordre sine oppfatninger om årsakene til selvskading og verdien av den støtten og behandlingene</p>	<p>hentet inn fra «the understanding of suicidal patients scale» av (Samuelson, Asberg og Gustavsson, 1997)</p> <p>Hypotetiske scenarier ble brukt der kontekst som beskriver selvskadingspasienter ble manipulert.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

		n som kan gis.				
12 12.	<p>Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm</p> <p>Anderson M og Stranden J.</p> <p>Storbritannia</p> <p>(2007)</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 470-477.</p>	Undersøker sykepleiere og legers holdninger til selvmord hos barn og ungdom som selvskader.	Kvantitativ studie. «The suicide opinion (SOQ)» spørreskjema ble implementert for å samle data om holdninger ovenfor selvmordsforsøk.	230 spørreskjema ble administrert til ett akuttmottak, to barne- medisinske avdelinger og to ungdomspsykiatriske avdelinger i løpet av år 2001. Deltakerne var 179 sykepleiere og leger som jobbet innenfor disse overnevnte tre kliniske områdene. Alle fra samme universitetssykehus.	Deltakerne indikerte enighet i utsagnene på skalaen som gikk på at handlingen var preget av at de var psykisk syke, at det var et skrik om hjelp, at de hadde rett til å ta sitt eget liv, at handlingen ofte er preget av impulsivitet, at alle potensielt kunne engasjere seg i selvmordsatferd og at det er en aggresjonshandling. De var mindre enige i forhold til de utsagnene som gikk på de hadde mangel på religion og at det påvirkende faktor til selvmord og så ikke på det som en moralsk galt handling. Disse funnen forslår, i denne studien at	Ved å benytte seg av dette spørreskjemaet får man ikke muligheten til å gi noen videre kommentar foruten de lukkede spørsmålene.

					deltakerne oppfattet at selvmord var en refleksjon av psykisk sykdom og at slik atferd ofte representerte et skrik om hjelp.	
--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 5: Artikkelgranskning/vurdering:

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjoblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzen, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database: Dato:

Tittel:.....

Forfattere:

År Tidsskrift/journal

Land hvor studien ble gjennomført

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon

Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomisert Kontrollert

Intervensjon Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N).....Frafall (N).....

Tidspunkt for studien Studiens lengde

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering?	Ja Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja Nei
Er utvalget relevant?	Ja Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metode Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse

.....

.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering.

