

Dhunsi, Nina

Hvordan kan vernepleierfaglig kompetanse bidra til å endre negative holdninger til selvskading?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Lenes, Anne-Lise

Mai 2023



Dhunsi, Nina

Hvordan kan vernepleierfaglig kompetanse bidra til å endre negative holdninger til selvskading?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Lenes, Anne-Lise
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan vernepleierfaglig kompetanse bidra til å endre negative holdninger til selvskading?

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å undersøke om vernepleierfaglig kompetanse kan bidra til å endre negative holdninger til selvskading, samt å bevisstgjøre og opplyse annet helsepersonell om problematikken.

Metode: Metoden som er valgt for oppgaven er litteraturstudie med kvalitativ tilnærming. Det er utført systematiske og ustrukturert litteratursøk i ulike digitale databaser, hvor seks fagfelleverderte forskningsartikler ble inkludert i studien.

Resultat: Resultatet fra studien viser klare funn på at personer som selvskader opplever negative holdninger fra helsepersonell. Kunnskapsnivå, lite struktur i behandlingsmetoder, tidspress, følelsesmessig belastning hos helsepersonellet og skepsis til selvskadingsatferden er fremtredende årsaker til de negative holdningene.

Konklusjon: Vernepleierfaglig kompetanse kan bidra i overføringen av kunnskap til annet helsepersonell, slik at det lettere kan skapes forståelse for hvorfor personer som selvskader handler som de gjør og dermed redusere forekomsten av negative holdninger. Helsepersonell som jobber med selvskading, bør være oppdatert på intervensjoner i samhandling med personer som selvskader. På denne måten kan kunnskap spres mellom helsepersonell og sikre et mer kvalitetssikret omsorgstilbud. Virksomhetsledere og politiske ledere fra øvre hold bør støtte forbedring av nøkkelkompetanse innen psykisk helse.

Nøkkelord: Selvskading, vernepleierfaglig kompetanse, holdninger, forebygging

Summary

Title: How can the knowledge of a social educator help to prevent negative attitudes towards self-harm?

Aim: The aim of the study was to get more information to what extent the social educator's knowledge can help to change the negative attitudes towards self-harm, as well as to raise awareness and inform other health care workers about the problem.

Method: The method chosen for this study is a literature study with a qualitative approach. Systematic and unstructured literature searches were made in various digital databases. Six peer-reviewed articles were included in the study.

Results: The results of the study showed that people who self-harm experience negative attitudes from health care workers. Lack of knowledge, failed structure in treatment methods, health care's emotional distress, time pressure and scepticism about self-harm behaviour were claimed as causes of the negative attitudes.

Conclusion: The social educator's expertise can pass on knowledge to other health care workers to make it easier to create an understanding of why people who self-harm behave the way they do and further be able to reduce the occurrence of negative attitudes. Health care workers who are concerned with self-harm should be updated on intervention methods in interaction with people who self-harm. In this way, knowledge can be spread between people within the field of health care and ensure a more quality assured care. Business leaders and political leaders should be encouraged to support the improvement of specific knowledge in mental health care.

Key words: self-harm, social educator, health care, attitudes, prevention

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling	5
1.2 For-forståelse	5
1.2.1 En person med selvskadingsproblematikk. En episode.....	6
1.3 Avgrensning	7
1.4 Begrepsavklaring	8
1.5 Oppgavens disposisjon	9
2.0 Teori	10
2.1 Definisjon av selvskading.....	10
2.1.1 Forekomst.....	10
2.1.2 Risikofaktorer	11
2.1.3 Selvskading og kommunikasjon.....	11
2.1.4 Selvskading som fysisk skade	12
2.1.5 Selvskading og selvmord	12
2.2 Vernepleierens relevans.....	13
2.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell	14
2.2.2 Definisjon av miljøterapi	14
3.0 Metode	15
3.1 Fremgangsmåte.....	15
3.2 Søkehistorikk	17
3.3 Litteratormatrise	19
3.4 Analyse	24
4.0 Resultater	25
4.1 Fordommer i møte med helsevesenet.....	25
4.1.1 Gode erfaringer	26
4.1.2 Dårlige erfaringer	27
4.2 Kunnskap	28
4.3 Årsaker til stigmatisering.....	29
5.0 Diskusjon	30
5.1 Vernepleierfaglig kompetanse	30

5.1.1 Relasjonsarbeid	30
5.1.2 Miljøterapeutisk arbeid	32
5.1.3 Korrigerende emosjonell erfaring	33
5.1.4 Mestringsstrategier	34
5.2 Forebyggende tiltak.....	36
5.3 Metodediskusjon.....	36
6.0 Konklusjon	37
7.0 Litteraturliste.....	39

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Utgangspunktet for oppgaven ble til etter opplevelser jeg har hatt i min jobb i helsevesenet de siste syv årene. Jeg jobber tett på personer med alvorlig selvskadingsproblematikk, og opplever tidvis at brukergruppen blir behandlet på måter som har fått meg til å stille spørsmål rundt temaet. Jeg har fått erfare hvilke holdninger helsepersonell kan ha til personer som selvskader, og hvordan møtene har preget brukerne i både negativ og positiv forstand. Erfaringene jeg har gjort meg, har fått meg til å ville undersøke hvilken forskning som foreligger. Jeg ønsker å finne ut hvilke konsekvenser gode eller dårlige erfaringer får, spesielt i akutte faser, hvor det er behov for somatisk hjelp eller tilsyn i etterkant av selvskadningen. Disse møtene foregår ofte på legevakt/akuttmottak.

Temaet er relevant for vernepleiere fordi den vernepleierfaglige kompetansen innebærer å kunne forebygge fenomenet, avdekke selvskadning og samtidig undersøke og behandle underliggende årsaker til atferden. I oppgaven vil jeg presentere vernepleierens kjernekompetanse og sentrale arbeidsmetoder. Videre vil jeg beskrive hvordan kompetanse kan bidra til å gi økt kunnskap og bevisstgjøring hos annet helsepersonell og dermed gi gode erfaringer og behandlingsstrategier i møte med personer som selvskader.

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen; «Hvordan kan vernepleierfaglig kompetanse bidra til å endre negative holdninger til selvskadning?».

1.2 For-forståelse

Gjennom observasjonene jeg har gjort i jobbsammenheng, har jeg erfart at jeg naturlig søker forskning knyttet til brukeres negative erfaringer med helsepersonell. Dette fordi det er disse møtene som har gjort størst inntrykk på meg i praksis, og som også har gjort meg nysgjerrig på hvorvidt personer som selvskader blir påvirket av hvordan de blir møtt. Fordi jeg utdanner meg som vernepleier, er jeg interessert i å undersøke i hvilken grad

vernepleierfaglig kompetanse kan bidra til å ta ansvar for å endre rådende negative holdninger. Jeg forsøker likevel å beholde et balansert syn, hvor jeg ønsker å forstå hvorfor helsepersonell innehar de fordommene de har, og hva som eventuelt kan føre til økt forståelse og kompetanse.

1.2.1 En person med selvskadingsproblematikk. En episode.

«Jeg er på kveldsvakt når alarmtelefonen ringer. I den andre enden hører jeg stemmen til brukeren jeg har blitt godt kjent med de siste årene. Hun lider av personlighetsforstyrrelse og alvorlig selvskadingstrang. Det er ikke alltid brukeren ringer for å be om hjelp, hun vil helst ikke være til bry, men denne kvelden gjør hun det. Jeg tar med meg en kjent kollega, og går bort til leiligheten hennes.

Synet som skulle møte oss har jeg opplevd alt for mange ganger de siste årene. En kniv langt inni mageregionen, flere håndklær dynket i blodsøl og en blek og fortvilt kropp liggende på sofaen. Vi går umiddelbart bort til henne, forsøker å få kontakt og gir henne tryggheten om at vi er der og skal hjelpe henne. Hun gir oss et lettet og bekreftende blikk.

Mens min vernepleierkollega gjør videre undersøkelser ringer jeg ambulansen. Jeg forklarer situasjonen, og sier at brukeren har behov for akutt hjelp. Allerede når jeg nevner brukerens navn hører jeg et tungt sukk i telefonen. Brukeren er kjent hos legevakta, og har i de sykeste periodene et snittbesøk på 2-4 ganger i uken. «Kan hun ta taxi selv?» spør sekretæren. Jeg forsøker å overse sukket og det urealistiske i spørsmålet, og spør hvor raskt de kan være her. «Jeg kan ikke love noe tidspunkt, men vi kommer når vi får det til».

På grunn av andre oppdrag går kollegaen min videre, mens jeg blir værende for å ivareta brukeren. Pulsen hennes blir stadig lavere, hun kaldsvetter og jeg får mindre respons når jeg forsøker å kommunisere med henne. Kniven står fortsatt i buken.

Ambulansen dukker opp rundt 25 lange minutter senere. Jeg ser med en gang hvilket ambulanspersonell som kommer, og forbereder meg på at både brukeren og jeg må svelge enda flere kameler. «Har du ikke noe annet å finne på på fredagskvelden?» er det første som sies. «Se der ja, husket du å rengjøre kniven først denne gangen?». Jeg ser hvordan

kommentarene preger brukeren, men at hun samtidig prøver å holde maska. Jeg forsøker å avlede ambulanspersonellet fra flere nedlatende kommentarer.

Brukeren har fortalt utallige historier om hva som har møtt henne når hun kommer på legevakta i den akutte fasen. Flere hendelser som omhandler ventetid, bedøvelse, syng av sår, profesjonalitet fra ansatte, empati og videre behandling har vært langt i fra den standarden som skal kunne forventes i brukers tilstand.

Jeg sender brukeren av gårde i ambulansen, fullt vitende om at negative holdninger og uverdigg behandling kan være det som vil prege henne de neste timene. Jeg vet at et godt møte på legevakta kan føre til mindre skam, lavere skyldfølelse og at hun vil kunne fortsette å ta kontakt ved selvskading. Jeg vet at et dårlig møte kan føre til økt skam og skadetrang og at hun unnlater å søke hjelp. Jeg vet også at jeg må fortsette kveldsvakta mi inntil jeg hører mer.» *Situasjonsbeskrivelse fra egen arbeidspraksis.*

1.3 Avgrensning

Selv om problemstillingen handler om at vernepleierfaglig kompetanse kan bidra til å endre negative holdninger til selvskading, vil jeg også ta opp temaer som handler om både gode og dårlige erfaringer i møte med helsevesenet. Dette mener jeg er viktig å understreke fordi det er like viktig å belyse de negative konsekvensene av å bli møtt med dårlige holdninger, som de gode resultatene det gode arbeidet kan føre til.

Selvskading har høy forekomst i ungdomsalder. Det meste av forskning rundt temaet viser til selvskading som mest utbredt i alderen 18-25 år, og det er også denne aldersgruppen jeg har gjort litteratursøk ut ifra og som oppgaven i hovedsak dreier seg om.

Det kan være mange underliggende årsaker til at personer selvskader. Eksempler kan være psykiatriske, psykologiske, familiære, sosiale og kulturelle faktorer. Jeg ønsker å sette søkelys på unge mennesker hvor selvskading har oppstått som følger av traumelidelser og opplevelser fra oppveksten. Dette kan være seksuelt misbruk, omsorgssvikt, foreldre med psykiske plager eller andre livshendelser som øker risikoen for selvdestruktiv atferd. Jeg har valgt å ikke inkludere selvskading i forbindelse med utviklingshemming, eller å gå inn på

spesifikke psykiske lidelser som utslagsgivende for selvskadingsatferd. Jeg forholder meg heller ikke til temaer som omhandler medikamentell behandling.

Selvskading kan oppstå i ulike uttrykksformer som spisevegring, rusmisbruk, kutting eller risping. Den type selvskading jeg har mest erfaring med fra praksis, og som jeg også hovedsakelig refererer til i oppgaven, er selvskading som omfatter ytre skade som kutting, risping og stikk av skarpe gjenstander inn i egen kropp.

1.4 Begrepsavklaring

Selvskading

I litteraturen benyttes flere overlappende begreper om selvskading. Eksempler er «selvskading», «villet egenskade», «selvmordsforsøk» og «parasuicid». Fordi det er stor uenighet om definisjon, har det vært krevende å sammenligne funnene jeg har gjort i søkene mine. Jeg har benyttet mest litteratur på engelsk og der er «deliberate self-harm», «self-injury», «self-harm» og «parasuicide» hyppigst brukt. I oppgaven vil jeg referere til selvskading som dekkende for disse begrepene.

Brukere/personer som selvskader/pasienter

Vanligvis benyttes «bruker» når personer får hjelp i kommunal regi, og «pasient» når personer får hjelp på sykehus eller i spesialisthelsetjenesten. Ordet «selvskader» mener jeg er generaliserende og nedlatende i seg selv, og jeg velger derfor konsekvent å bruke begrepet «personer som selvskader» eller «bruker»

Vernepleiere/helsepersonell

I oppgaven vil jeg ta opp temaer som omhandler personer som selvskader i møte med helsevesenet. Helsevesenet kan være sykepleiere, psykologer, fastleger, ambulanspersonell, helsesekretærer og andre. Disse hjelperne vil jeg definere som helsepersonell. Da problemstillingen beskriver hvordan vernepleierfaglig kompetanse kan bidra til å endre negative holdninger til selvskading, vil vernepleiere bli beskrevet ved profesjonens navn.

Legevakt/akuttmottak

I engelsk litteratur blir akuttmottak beskrevet som Emergency department, som i det norske helsevesenet vil si legevakt eller akuttmottak. Jeg vil referere til legevakt eller akuttmottak som dekkende for dette begrepet.

Miljøterapi

Miljøterapi er et begrep som er satt sammen av to betydninger. Miljø, som omhandler omgivelsene, rammer, og bruker og helsepersonell som samhandler i terapi. Terapi har opphav fra gresk og betyr å reparere, gi helsehjelp eller å få orden på en brukergruppe (Bakken, 2020).

Psykisk lidelse

Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse på lidelser som rammer tenkning og følelser, og som gir utslag i emosjonelle og kognitive vansker og kroppslige reaksjoner. Psykiske lidelser omfatter angst- og belastningslidelser, atferdsforstyrrelser, stemningslidelser og psykoser (Bakken, 2020).

Holdninger

En holdning er ofte en oppfatning som sitter dypere enn en mening, og handler om å tenke, føle eller handle negativt eller positivt overfor noe. Det kan være overfor mennesker, objekter, verdier eller ideer.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt opp i syv forskjellige hovedkapitler og inneholder innledning, teori, metode, resultater, diskusjon, konklusjon og litteraturliste. Innledningen beskriver bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling. Deretter kommer kapittelet om teori som gir definisjoner på hva selvskading er, og vernepleierfaglig relevans for oppgaven. I metodekapittelet forklares hvilken metode jeg har valgt å benytte for oppgaven, samt søketabeller og litteraturliste. Så kommer resultatkapittelet som sammenfatter funnene jeg har gjort i litteraturen. Disse viser blant annet hvordan personer som selvskader blir møtt i helsevesenet. Resultatet diskuteres så i diskusjonskapittelet, hvorpå det gjøres

konklusjoner av resultatene. Til slutt finnes litteraturlista med kilder som er benyttet i oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Definisjon av selvskading

Selv om det er enighet om at selvskading har utspring i sterk psykisk smerte, viser litteraturen at det er vanskelig å komme til en klar definisjon på begrepet selvskading. Hovedkriteriet er ofte at selvskadingen inkluderer intensjonen om selvmord eller ikke. Øverland (2006) gir en definisjon som beskriver selvskading som en atferd uten ønske om å ta eget liv, men hvor smerte blir eneste utveien til å fortsette og leve.

«Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt» (Øverland 2006, s. 17).

2.1.1 Forekomst

Helsedirektoratet (2017) gir et anslag på at 18% av ungdom mellom 12-18 år (hvor internasjonale tall varierer fra 13-23%) og 4% av voksne har selvskadet. Problematikken viser høyst forekomst hos kvinner, men forekommer også hos gutter og menn. Tallene kan påvirkes av at det er flere kvinner enn menn som søker helsehjelp ved psykiske lidelser (Toftagen & Gonzalez, 2021). Atferden kan være forbigående, men også være langvarig. Forekomsten varierer fra land til land, og er høyest hvor det gjøres utdypende undersøkelser omkring selvskadeatferden.

Forskning viser en økning i selvskading i forrige tiår, men det trengs ytterligere forskning for å utrede om det skyldes økt bevissthet rundt problematikken, bedre rapportering, eller at økningen er reell (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.2 Risikofaktorer

Forskning viser klare sammenhenger mellom vanskelige hendelser tidlig i livsløpet og selvskadingsatferd (Øverland, 2006). En hendelse med selvskading er ofte et uttrykk for at noe ikke er som det skal, men hva som er galt kan være svært individuelt. Traumatiske opplevelser i barndom og oppvekst, som omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller tap og separasjon er noen eksempler. Likevel er det viktig å være klar over at ikke alle som opplever en av disse hendelsene i livet nødvendigvis selvskader (Helsedirektoratet, 2017).

Ofte oppstår selvskading med grobunn i underliggende psykiske lidelser. Personer som selvskader lever ofte i en kormorbid tilstand, som vil si at de har en eller flere tilleggdiagnoser (Tofthagen et al., 2021). Depresjon, angst, spiseforstyrrelser, emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser og rusmiddelproblemer forekommer oftere hos personer som selvskader enn hos andre (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.3 Selvskading og kommunikasjon

Å kommunisere med ord kan være utfordrende når det er snakk om å formidle egne følelser. Mennesker har forskjellige måter og forutsetninger for å kunne kommunisere, og en av vernepleieres mange kjerneegenskaper er å kunne forstå den indre tilstanden mennesker forsøker å sette ord på.

Selvskading kan være et uttrykk for ulike følelser som frustrasjon, sinne, smerte og sorg (Øverland, 2006). Personen som selvskader kan oppleve en *eksistensiell smerte*, hvor vedkommende kjemper mellom skamfølelse og kortvarig psykisk lindring (Tofthagen et al., 2021). En manglende evne til å regulere egne emosjoner, kan gjøre det vanskeligere å snakke om det en føler enn å skade seg selv. Selvskadingen kan derfor være en måte å kommunisere egne utfordringer til andre på (Tofthagen et al., 2021).

For unge som har selvskadingsproblematikk, er førsteinntrykket i møte med helsevesenet vesentlig for tillit til videre relasjon og behandling. En taus kommunikasjon kan oppleves som truende for ungdommer, og kan gjøre at vedkommende føler seg usikker og nølende. Det er

derfor svært viktig at helsepersonellet innehar en tydelig og ansvarsfull kommunikasjon, hvor en framtrer aktiv, direkte og unngår lange pauser i kontakten (Øverland, 2006).

2.1.4 Selvskading som fysisk skade

Som helsepersonell i møte med selvskading kan det bli høyt fokus på den fysiske påførte skaden. Møtet kan være preget av prosedyrer som bedøvelse, stripsing og syng. Fraværende kommunikasjon og negative holdninger fra helsepersonellet kan bli en tilleggsbelastning for brukeren. Et overfokus på de praktiske oppgavene, kan føre til tap av viktig psykologisk og forebyggende behandling (Øverland, 2006).

2.1.5 Selvskading og selvmord

Forskning viser at selvmordsrisikoen er betraktelig høyere hos mennesker som selvskader enn resten av befolkningen (Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R., 2003). Selvskading kan være et tegn på et ønske om å ta eget liv, men behøver ikke nødvendigvis å være det. Dette kommer ikke alltid fram i kartleggingen av selvskadingsatferden (Helsedirektoratet, 2017).

De kognitive aspektene beskrives annerledes hos en person som selvskader, enn hos en person som har planer om å ta eget liv (Øverland, 2006). Selvmord har som intensjon å gjøre det slutt på den psykiske smerten, og kan oppleves som den eneste og endelige løsningen. Ved selvskading benytter brukeren ulike metoder og mestringsstrategier for å lindre smerte og for å håndtere egne følelser. Fordi mestringsforsøket stadig ender i selvskading, kan det gi en større følelse av mislykkethet og øke risikoen for depresjon og selvmordsatferd (Øverland, 2006).

Hypig selvskading kan også skape fortvilelse og redsel hos brukerens pårørende. En opplevelse av å bli stigmatisert, særlig av sine nærmeste, kan gi økt følelse av ensomhet. Mange med selvskadingsproblematikk får et behov for å skjule selvskadingen, og isolerer seg slik at adferden ikke blir oppdaget. En stadig distansering fra nære og betydningsfulle relasjoner kan gi en livssituasjon som føles uutholdelig, og dermed øke sannsynligheten for selvmordsatferd (Øverland, 2006).

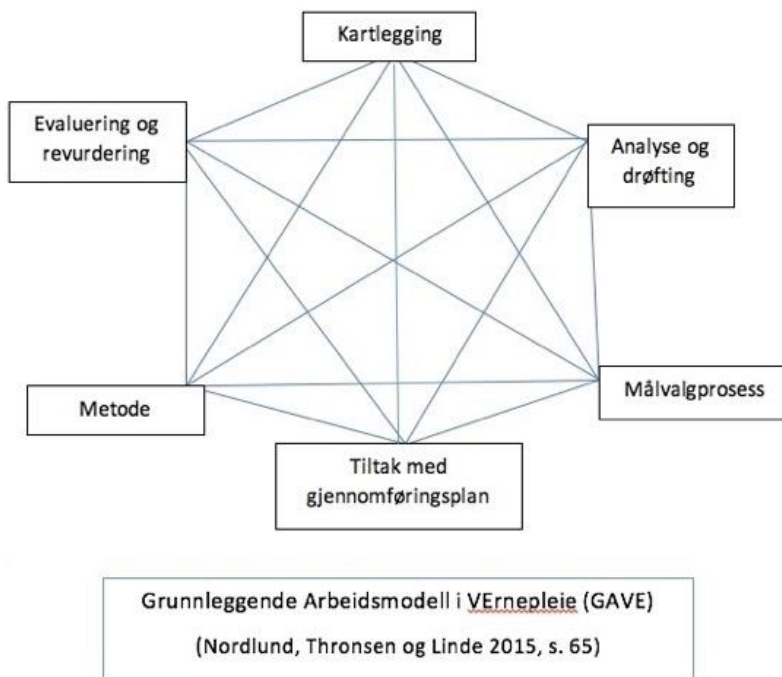
2.2 Vernepleierens relevans

FO (2017) viser til sju punkt som beskriver hva en vernepleier er og det brede spekter av fagområder profesjonen innehar.

1. Vernepleie er å ha brukernes behov som utgangspunkt
2. Vernepleie er samspill mellom mennesker
3. Vernepleie er målrettet miljøarbeid
4. Vernepleie er kunnskapsbasert praksis
5. Vernepleie er å styrke brukernes muligheter for samfunnsdeltakelse
6. Vernepleie er å utvikle og sikre gode tjenester
7. Vernepleie er etisk refleksjon

Vernepleieren kan bidra til at personer som selvskader opplever å bli sett og hørt ut ifra deres behov. Kompetansen kan bidra til å skape et godt samspill mellom brukeren, annet helsepersonell og resten av allmennheten. Via målrettet miljøarbeid kan ulike arbeidsmetoder benyttes for å nå inn til brukernes underliggende problemområder, og bidra til å redusere selvskadingsproblematikken. Vernepleierens kunnskap er basert på oppdatert forskning, og er på denne måten kvalitetssikret. Vernepleieren kan, med sin kompetanse og evne til å bevisstgjøre annet helsepersonell, gi personer som selvskader mulighet for økt deltagelse i samfunnet. Vernepleiere kan bidra med å utvikle nye intervensjoner, og sikre at tema som omhandler selvmord og selvskading blir satt på agendaen (FO, 2017).

2.2.1 Vernepleierens arbeidsmodell



Modellen har som hensikt å veilede til behandling hvor brukeren er deltakende i alle faser av prosessen (Nordlund, Thronsen og Linde, 2015).

2.2.2 Definisjon av miljøterapi

Miljøterapi har sitt utgangspunkt i psykologiske teorier, og strekker seg tilbake over 100 år i tid (Ellingsen, 2020). Miljøterapi var tidligere preget av institusjonstiden fra 1970-tallet med blant annet overdreven bruk av makt og tvang. Etter avviklingen av HVPU i 1995 ble rammene endret. I dag setter psykisk helsevernloven premisser og rammer for behandling innen miljøterapi, som har skapt en mer sammensatt og helhetlig forståelse og tilnærming i samhandlingen (Ellingsen, 2020).

Miljøterapi kan defineres på mange ulike måter, men enkelt forklart handler det om behandling som ikke nødvendigvis foregår på et kontor, psykiatrisk avdeling eller en poliklinikk. Oftest av en behandler med høy utdanning (Bakken, 2020). Miljøterapi er

behandling som kan skje hvor som helst, på ubegrenset tid, både enkel og komplisert og omhandle hvilket som helst tema. Behandlingen får støtte gjennom veiledning og ved opplæring i bruk av ulike arbeidsmetoder. Deretter drøftes og evalueres de ulike tiltakene. (Bakken, 2020).

Øverland (2006) definerer miljøterapi slik: «*Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre*» (Øverland, 2006, s. 206)

3.0 Metode

Oppgaven ble gjennomført som en litteraturstudie med utgangspunkt i seks fagfelleverderte forskningsartikler og annen relevant teori. Jeg har systematisert artiklene, kritisk gått gjennom dem og notert meg søkene i en søketabell (se punkt om søkehistorikk). Thidemann (2019) forklarer en iterativ prosess, som omhandler å notere aktuelle søkeord og artikler og kontinuerlig bevege seg fram og tilbake i artiklene. Dette har opplevdes som en hensiktsmessig metode for å sikre relevans for problemstillingen i skriveprosessen. Jeg har også påsett at artiklene har IMRad-struktur, som er et strukturelt krav for forskere før publisering. Dette innebærer at artiklene inneholder en introduksjon, metode, resultater, diskusjon og konklusjon (Thidemann, 2019).

3.1 Fremgangsmåte

Ette at jeg hadde valgt problemstilling for oppgaven, startet jeg med å utføre ustrukturerte og innledende søk i databasene Google Scholar, Oria og Pubmed for å skape et raskt overblikk over hva som fantes av forskning innen temaet selvskading (Thidemann, 2019). Søkene ga meg flere hundre tusen treff, og jeg skjønnte raskt at jeg måtte avgrense søkene

med blant annet flere søkeord, publiseringsår og inklusjon av bestemte temaer, i dette tilfellet negative holdninger til selvskading.

Etter hvert som jeg innså at PubMed-database og engelsk litteratur ga meg flest relevante treff, startet prosessen med å finne treffende engelskspråklige søkeord. «Self-harm» ble søkeordet som dekket selvskading best, «attitudes» ga mange treff på helsepersonells holdninger og «self-harm and adolescents» ga meg relevante søk for unge personer med selvskadingsproblematikk. Forfatterens nøkkelord i forskningsartiklene, det som Thidemann (2019) forklarer som tekstord, var nyttige for å finne andre artikler i samme kategori.

Søkeprosessen ble utformet i et PICO-skjema (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome). C – Comparison ble utelatt fra skjemaet, fordi jeg ikke fant punktet relevant for problemstillingen. Hensikten med skjemaet er å sikre at søkeprosessen er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019).

Tabell 1. PICO/PIO-skjema

P Population/patient/problem	I Intervention	O Outcome
Unge personer (18-25 år) med selvskadingsproblematikk	Vernepleierfaglig kompetanse som bidrag til å endre negative holdninger	Opplevelse av ivaretagelse fra helsepersonell

(Thidemann 2019, s. 84)

3.2 Søkehistorikk

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Selvskading/Self-harm	Ikke – selvskader/non-self-harm
Uten intensjon om selvmord	Med intensjon om selvmord
Aldersgruppe: 12-30 år	Aldersgruppe: Over 30 år
Engelskspråklig og/eller norskspråklig	Ikke engelskspråklig
Publiseringsår: Etter 2005	Publiseringsår: Før 2005
Fagfelleurdert	Ikke fagfelleurdert/peer review
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur

Tabell 3. Søkehistorikk

Søksdato	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
21.04.23	1	Self-harm AND stigma	Google Scholar Fagfellevurdering Årstall: 2015-2023 English language	18700	4	3	1
21.04.23	2	Self-harm AND adolescence	Pubmed	1792	4	1	1
21.04.23	3	Self-harm AND stigma AND health care	Pubmed Fagfellevurdering Årstall: siste 5 år English language	49	2	1	0
25.04.23	4	Self-harm AND attitudes	Pubmed Fagfellevurdering	8559	3	3	1

			Årstall: siste 15 år English language				
25.04.23	5	Self-harm AND attitudes AND health care	Wiley library Fagfelle vurdering Årstall: siste 15 år English language	374	5	2	1
02.05.23	6	Self-harm AND coping strategies	Pubmed Fagfelle vurdering Årstall: siste 15 år English language	2320	3	1	0
22.04.23	7	Selvskading	Oria Fagfelle vurdering Årstall: Siste 10 år	260	2	3	1
10.05.23	8	Self-harm AND attitudes	Pubmed Fagfelle vurdering Årstall: siste året English language	207	1	2	1

(Tabell 9, s. 89, Thidemann, I-J 2019).

3.3 Litteratormatrise

Litteratormatrisen for de seks utvalgte forskningsartiklene blir vist i tabell 4, 5, 6, 7, 8 og 9.

De 8 parameterne i hver tabell viser blant annet hensikt og relevans i artiklene og gjorde det mer oversiktlig å sammenfatte funnene i resultatkapittelet.

Tabell 4. Artikkel 1

Full referanse	Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. <i>The Lancet</i> , 379, 2373-2382. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5
Hensikt	Artikkelen undersøker selvsykdom og selvmord som et stort folkehelseproblem hos ungdom. Artikkelen tar for seg utviklingen i forekomst av selvsykdom, og viser til både kortsiktige og langsiktige resultater. I tillegg drøftes faktorer som bidrar til atferden, og hvordan behandle og forebygge på mest hensiktsmessig måte. Artikkelen har som mål om å avdekke og dokumentere ungdoms selvmord- og selvsykdomsatferd, og identifisere hvilke områder som det må jobbes mer målrettet med.
Metode	En kvantitativ litteraturstudie med søk i databasene PubMed, PsycINFO og Library of knowledge. Søkene ble gjort mellom januar 2001 til august 2011.
Utvalg	PubMed, PsycINFO og Library of knowledge. Søkeord som ble benyttet: «suicid», «self-harm», «self-injur» og «adolescen». Det ble ikke brukt begrensninger i språk.
Hovedfunn/ resultater	<p>Forståelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidligere identifisering av selvmords- og selvsykdomsutsatte personer - Mer kunnskap om årsaker til at ungdommer klarer å slutte med selvsykdom - Bedre forståelse for mediers påvirkning - Økt kunnskap om selvsykdom som resultat av sosial smitte <p>Intervensjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økt forskning på psykososiale og farmakologiske tiltak som hjelpemiddel til å redusere risiko for selvsykdom - Forbedre tilgang til psykisk helsehjelp, spesielt i lavinntektsland - Utvikling av intervensjoner som bidra til å redusere stigma rundt selvsykdom og selvmord - Bedre ettervern ved overgang fra barne- og ungdomsoppfølging til voksenoppfølging <p>Forebygging</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økt søkelys på å fjerne stigma rundt psykiske lidelser - Utnytte moderne medier til å fremme positivitet rundt mental helse, og hvordan oppsøke hjelp ved behov. - Omfattende politiske grep for å begrense tilgang til våpen som middel til selvmord
Kvalitetsregulering	Styrker: Studien er fagfellevurdert og følger IMRaD-struktur. Svakheter: Studien tar utgangspunkt i en kvantitativ metode, hvor spørreskjema og semistrukturerte intervju ikke ble benyttet. Dette gjør at funnene ikke er identifisert direkte fra brukergruppen selv.
Relevans	Artikkelen viser at selv med høyt fokus på barn og ungdoms psykiske helse, er det vel så viktig med godt ettervern når risikoutsatte for selvmord og selvsykdom går over i voksen alder og videre oppfølging. Artikkelens hovedfunn underbygger også forklaringer om høy rate av stigmatisering av blant annet selvsykdom, og viktigheten av intervensjoner for å redusere fordommer.
Etikk	Godkjent fra etisk komité. Det var ingen interessekonflikter i prosessen.

Tabell 5. Artikkel 2

Full referanse	Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 194(2), 104-110. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046425
Hensikt	Hensikten med artikkelen var å identifisere menneskers opplevelser med helsetjenester etter selvskading, for å kunne bevisstgjøre, informere og forebygge uheldige konsekvenser.
Metode	Studien tok utgangspunkt i alle relevante kvalitative og kvantitative undersøkelser som var gjort av personer som selvskader i møte med helsevesenet. Det ble foretatt søk i databasene EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, AMED, British Nursing Index, CINAHL, Global Health, HMIC, International Bibliography of the Social Sciences, Sociofile og SIGLED. I tillegg ble det kontaktet eksperter i fagfeltet, for å sørge for mest mulig relevant og kvalitetssikret data på verdensbasis.
Utvalg	31 studier oppfylte forskernes kriterier til å inkluderes i artikkelen.
Hovedfunn/ resultater	Til tross for ulike arbeidsplasser i helsevesenet, var deltakernes erfaringer bemerkelsesverdig like, hvor hovedfunn omhandlet dårlig kommunikasjon mellom tjenestemottakere og helsepersonell. Andre funn var manglende kunnskap hos helsepersonell om selvskading. Et annet viktig poeng var ønsker om økt tilgang og kvalitet på ettervern.
Kvalitets- regulering	Styrker: Studien er fagfellevurdert og følger IMRaD-struktur. En stor styrke i artikkelen er at den har tatt utgangspunkt i 31 studier fra flere forskjellige land. Dette gir en internasjonal forståelse omkring temaet selvskading. I tillegg øker reliabiliteten når sitater fra brukere blir benyttet for å få frem viktige poeng i funnene. Svakheter: En svakhet i studien er at den benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode, som gjør det utfordrende å sammenligne resultatene. Alle studiene ble inkludert i oversikten uavhengig av kvalitet. Til tross for et internasjonalt litteratursøk fantes ingen ikke-engelske studier.
Relevans	Studien er relevant fordi den viser hvordan helsepersonellens omsorg, kunnskap og kommunikasjon kan bidra til å øke tilfredshet i behandlingen hos personer som selvskader.
Etikk	Godkjent av etisk komité. Det var ingen interessekonflikter.

Tabell 6. Artikkel 3

Full referanse	McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18(20), 2838-2845. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om en løsningsrettet utdanning kunne bidra til å effektivisere og forbedre sykepleieres arbeid i møte med personer som selvskader. Studien ble gjort på bakgrunn av mangfoldige rapporteringer om at sykepleiere føler seg usikre og mangler kompetanse i møte med personer som selvskader.
Metode	En kvalitativ studie med intervju av 29 forskjellige sykepleiere.
Utvalg	Akuttsykepleiere som arbeider i to store avdelinger for akuttmedisin (DEM) og akutte omsorgsområder i Sørøst-Queensland ble invitert til å delta i studien.

Hovedfunn/ resultater	Funnene i studien viser en forbedring i kunnskap og forståelse av selvskading. Intervensjonen ga sykepleiere tro på å kunne påvirke personer som selvskader i en positiv retning. I tillegg ble det dokumentert en bedring i holdninger mot personer som selvskader, som resulterte i mer individuellbaserte og endringsorienterte behandlingsmetoder.
Kvalitets- regulering	Styrker: En styrke ved studien er at det er en kvalitativ tilnærming, hvor vi får svar direkte fra deltakerne om tiltaket om retningsorientert utdanning har fungert eller ikke. Svakheter: Kun 29 av 160 mulige deltakere valgte å delta i studien, hvorav flesteparten var kvinner. Til tross for at de fleste deltakerne opplevde intervensjonen som virkningsfull, var det noen som rapporterte at tiltaket ikke fungerte for dem.
Relevans	Studien er relevant fordi den viser at retningsorientert utdanning om selvskading, kan bidra til å skape mer mangfoldighet, økt kunnskap og endringer i holdninger i møte med personer som selvskader.
Etikk	Etter godkjenning fra en etisk komité ble deltakerne invitert til et intervju i en time for å identifisere behov for opplæring i forbindelse med selvskading. To uker senere foregikk gjennomgangen av intervensjonen.

Tabell 7. Artikkel 4

Full referanse	Shaw, D. G, & Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications. <i>Health SA Gesondheid</i> , 21, 406-414. https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.08.001
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres holdninger til personer som selvskader i trygge omgivelser, og basert på funnene foreslå utdanningsrelaterte intervensjoner.
Metode	Studien ble gjennomført med en kvalitativ tilnærming, ved bruk av flere ulike metoder. Metoden kalles fenomenologisk metode, hvor det kreves at forskeren både rapporterer opplysninger på bakgrunn av funnene fra deltakere, i tillegg til at det gjøres en ekspertanalyse av funnene.
Utvalg	Utvalget tok for seg 15 ulike kliniske instanser vest i Storbritannia, hvorpå 22 sykepleiere fra hver ble invitert i studien. Deltakerne hadde minst 2 års erfaring med personer som selvskader.
Hovedfunn/ resultater	Studien viser at det er høyere forekomst av negative enn positive holdninger i møte med selvskading, og at flertallet av deltakerne uttrykker mer behov for opplæring for å bedre kunne ivareta personer som selvskader.
Kvalitets- regulering	Styrker: Hovedstyrken til studien er at det benyttes en kvalitativ tilnærming med flere metoder for å undersøke et forsømt forskningsområde. På denne måten har den bidratt til å fylle et hull i litteraturen. Svakheter: Svakheten i studien er at den tar utgangspunkt i sykepleiernes holdninger, og ikke i like stor grad tok hensyn til brukergruppens synspunkt. Det er et stort behov for at flere forskere gir personer som selvskader en stemme i studiene.
Relevans	Studien er relevant for å identifisere helsepersonells egne opplevelser i møte med personer som selvskader. Dette kan gi en bedre forklaring på hvorfor de innehar de holdningene de har, og hva de mener er utslagsgivende for fordommene. Det er også av stor interesse å undersøke ønsket og behov for utdanningsrelaterte intervensjoner.
Etikk	Etter den etiske godkjenningen ble deltakerne kontaktet. Først møtte en av forskerne til instansen sykepleierne jobbet på for å forklare gangen i studien og for å svare på spørsmål. Hver deltaker fikk et informasjonsark som inneholdt forskerens kontaktdetaljer, hvor sykepleierne kunne ta kontakt om de var villige til å delta. Dette resulterte i at 80 deltakere tok kontakt.

Tabell 8. Artikkel 5

Full referanse	Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 16(2), 126-131. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x
Hensikt	Hensikten med studiet er å undersøke hvordan personer med psykiske lidelser opplever behandling og ivaretagelse på legevakt/akuttmottak. Temaer som ble identifisert omhandlet ventetid i akuttmottaket, holdninger til helsepersonellet, diagnostisk overskygge, «ingen andre steder å gå» og pårørendes behov og ønsker for en ideell behandling.
Metode	Studien ble gjennomført med kvalitativ metode med tre spørsmål utført som semistrukturerte intervju. Spørsmålene omhandlet deres erfaringer i møte med akuttmottak, hvordan de opplevde ivaretagelse av en psykiatrisk sykepleier og hva som eventuelt manglet for å gjøre akuttmottaket mer tilpasset personer med psykiske lidelser.
Utvalg	Det ble satt opp åtte grupper som inneholdt personer med psykiske lidelser og deres pårørende for å kartlegge grad av tilfredshet av omsorg på legevakt/akuttmottak. Totalt var det 27 brukere, 7 familiemedlemmer og 5 interessenter som deltok i studiet.
Hovedfunn/resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Funnene i studien viser effekten av hvordan stigmatiserende holdninger hos personellet kan påvirke omsorgen sett fra brukerens ståsted. - Det er behov for å forbedre omsorgen, og ikke minst forståelse om hva god omsorg er. - Studien viser at personer med psykiske lidelser venter i gjennomsnitt to timer lengre på behandling i akuttmottak enn andre brukere. Om dette er fordi de krever mer kompleks behandling, eller fordi de blir nedprioritert som følger av stigmatisering er uvisst. Funnene viste også at ventetiden ble kortere om brukeren ble fulgt av pårørende eller helsepersonell.
Kvalitetsregulering	Styrker: Noen av deltakerne hadde erfaringer som både helsepersonell og bruker, og hadde derfor viktige synspunkt fra begge hold. Svakheter:
Relevans	Studien er relevant for oppgaven fordi den underbygger påstander om at legevakt og akuttmottak ikke nødvendigvis er passende arenaer for personer med selvskading i akutt fase. Studien gjør interessante funn som omhandler elementer hvor personer som selvskader opplever negative holdninger.
Etikk	Deltakerne ble under intervjuene godt ivare tatt av forskerne som gjennomførte studiet. Svarene ble forsøkt nedskrevet så ordrett som mulig med omfattende notater utført av en egen referent. Noen av deltakerne følte seg ukomfortable med å bli tatt opp på lydbånd, og ønsket derfor ikke å gi samtykke til det. Det ble respektert, og alle notater ble derfor nøye analysert i ettertid.

Tabell 9. Artikkel 6

Full referanse	A systematic review into healthcare professionals' attitudes towards self-harm in children and young people and its impact on care provision (2021) DOI: https://doi.org/10.1177/13674935211014405
Hensikt	Studien hadde som mål å identifisere helsepersonells holdninger til ungdom som selvskafer og undersøke holdningenes innvirkning på omsorgstilbudet som gis spesielt innenfor akuttmottak/legevakt.
Metode	Det ble foretatt litteratursøk i databasene Academic Search Complete, AMED, Child Development & Adolescent Studies, CINAHL, EBSCOhost, ERIC, MEDLINE, PsycArticles and PsycINFO. Det ble inkludert totalt ti studier; fem kvantitative, fire kvalitative og en med blandet metodebruk.
Utvalg	Ni studier ble utført i Storbritannia, mens en ble utført i Finland. Det gjennomsnittlige tallet for deltakere var 104 for kvantitative studier og 8 for kvalitative studier.
Hovedfunn/ resultater	<p>Positive holdninger: Funnene viste svært få positive holdninger. De positive funnene var knyttet til empati som følger av at helsepersonellet følte seg ansvarlige, beskyttende og hadde behov for å fungere som en foreldrefigur for unge mennesker som ikke var klar over konsekvensene av egen atferd.</p> <p>Negative holdninger: To temaer ga utslag i negative holdninger hos helsepersonellet; det ene var skepsis til selvskaferende atferd, det andre var negativitet knyttet til ivaretagelse av brukergruppen på generell basis.</p> <p>Økt kunnskap: Det var et fremtredende behov om spesifikk opplæring i selvskafering og at dette ville øke den faglige kunnskapen og effektiviteten. Dette gjaldt for flere faggrupper. Helsepersonell som jobber med personer som selvskafer bør være oppdatert på intervensjoner i omsorg av brukergruppen, slik at det lettere kan spres kunnskap mellom helsepersonell.</p>
Kvalitets- regulering	<p>Styrker: Søkene ble avgrenset til kun å inneholde fagfellevurderte studier skrevet på engelsk. I tillegg til at studien allerede ble utarbeidet av to individuelle forskere, ble studien dobbelvalidert av en uavhengig forsker for å redusere risikoen for skjevheter i funnene.</p> <p>Svakheter: I studien ble det ikke lagt vekt på intervensjoner for å endre negative holdninger. Omfanget i de inkluderte studiene var ganske ulike, noe som gjorde det utfordrende å etablere sammenhenger mellom studiene med overførbarhet til helsepersonell. I tillegg var lav respons utfall i noen av studiene. Dette reduserer muligheten til å skape statistikk av bevisene og gi resultater som omhandler et bredere utvalg av deltakere.</p>
Relevans	Studien er relevant for oppgaven fordi den tar for seg spesifikt unge personer som selvskafer i møte med helsevesenet. I tillegg undersøkte den selvskafering, uten intensjon om å ta eget liv. Det var også interessant å se hvilke positive holdninger helsepersonell hadde i møte med ungdom som selvskafer, og hva som skilte holdningene fra personer over 18 år.
Etikk	Syv av ti av de inkluderte studiene ble godkjent av etisk komité. Seks av studiene tok ikke hensyn til informert samtykke fra deltakerne. Likevel er ingen av studiene knyttet opp mot etiske bekymringer. Studien er godkjent av The London South Bank University systematic review board.

3.4 Analyse

I analysen fant jeg Aveyards tematiske analysemodell som en oversiktlig og fin metode for arbeidet (Thidemann, 2019, s. 96). Modellen ble tilpasset oppgavens omfang. I tillegg benyttet jeg det som Thidemann (2019) forklarer som sjekklister. Sjekklisten er strukturert i innhold, struktur, språk og rettskriving, og sikret at jeg kontinuerlig ivaretok kriteriene for oppgaven (Thidemann, 2019).

Jeg opplevde det hensiktsmessig å gå grundig gjennom en og en artikkel, for deretter å sammenligne resultatkapitlene i de ulike studiene (Thidemann, 2019). Dette gjorde at jeg fikk sammenfattet temaene, og fant dermed raskt ut om artiklene var relevante for oppgaven min. Da jeg fikk identifisert hovedtemaer i artiklene, fikk jeg også skilt ut irrelevant informasjon for min egen problemstilling. Dette kunne for eksempel være funn som hadde større fokus på selvmordsatferd enn selvskadingsproblematikk.

For å sortere og sammenligne de ulike funnene i artiklene benyttet jeg fargekoding for hvert enkelt tema. På denne måten fant jeg fellesnevnerne og ulikheter i artiklene, og kunne basert på dette finne sammenhenger i materialet (Thidemann, 2019). Fargekodingen utgjorde fire variabler, som ble bærende temaer for oppgaven. Grønn markering forklarer virkningsfullt arbeid fra helsepersonell, gul markering representerte behov for bedre behandlingstilbud for brukergruppen, blå markering omhandler kunnskapsbaserte intervensjoner og oransje markering omhandler negative holdninger fra helsepersonell. Disse temaene ble videre samlet i en tematabell. Tabellen ble et godt brukt hjelpemiddel, hvor jeg stadig gikk tilbake for å granske, sortere og vurdere om valgte temaer var relevante for problemstillingen (Thidemann, 2019).

Tabell 10. Tematabell

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5	Artikkel 6
<p>1. Økt Forståelse</p> <p>2. Forbedre tilgang til psykisk helsehjelp</p> <p>3. Nye intervensjoner</p> <p>4. Stigma fra helsepersonell</p>	<p>1. Dårlig kommunikasjon mellom bruker og helsepersonell</p> <p>2. Behov for økt kunnskap blant helsepersonell</p> <p>3. Økt tilgang og kvalitet på ettervern</p> <p>4. Mer informasjon om selvsykdom til allmenheten</p>	<p>1. Forbedring av kunnskap og forståelse for selvsykdom</p> <p>2. Tro og håp fra helsepersonell</p> <p>3. Dokumentert bedre holdninger etter opplæring</p> <p>4. Individuellbasert og endringsorientert behandling</p>	<p>1. Høyere forekomst av negative enn positive holdninger</p> <p>2. Behov for opplæring</p> <p>3. Økt forståelse= mindre selvsykdom</p> <p>4. Mindre forståelse= økt selvsykdom</p>	<p>1. Fordomsfulle holdninger påvirker omsorg</p> <p>2. Bedre forståelse for hva god omsorg er</p> <p>3. Ivaretagelse på akuttmottak/legevakt.</p> <p>4. Mer tilpasset behandlingssted enn akuttmottak</p>	<p>1. Empati, beskyttelse, god omsorg</p> <p>2. Skepsis til selvsykdom</p> <p>3. Spesifikk opplæring</p> <p>4. Spredning av kunnskap mellom helsepersonell</p>

4.0 Resultater

4.1 Fordommer i møte med helsevesenet

Funnene som var gjennomgående temaer i artiklene, hvor brukernes erfaringer var bemerkelsesverdige like, var at de generelt opplevde negative holdninger i møte med helsevesenet. Det var spesielt to temaer knyttet til disse holdningene; negativitet rundt ivaretagelse, og stor skepsis til selvsykdoms atferd (Coimbra & Noakes, 2021).

Erfaringene som ble omtalt, var avgjørende for grunnlaget for videre behandling (Hawton, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C., 2012; McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M., 2009; Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune S., & Kapur, N., 2009; Coimbra et al., 2021). I dette resultatkapittelet vil jeg gå nærmere inn på hvilke faktorer som representerte brukernes gode og dårlige erfaringer, forklarende årsaker og ulike tiltak som funnene viste var virkningsfulle for at brukerne skulle føle seg mindre stigmatisert.

4.1.1 Gode erfaringer

Det første punktet Taylor et al. (2009) presenterer som en viktig faktor for et godt møte var kvaliteten på kommunikasjonen mellom bruker og helsepersonell. Brukerne satte stor pris på personalets evne til å benytte brukermedvirkning, at personalet forklarte alle trinn i prosessen, opprettholdt blikkontakt og var tydelige i kommunikasjonen. Dette var viktig for at brukerne skulle føle seg sett og ivaretatt. Brukerne forklarer at det ikke spilte like stor rolle om kunnskapsnivået var tilstrekkelig eller ikke, så lenge personalet var ærlige og at de tok brukerne på alvor.

Brukere rapporterte i studien til Taylor et al. (2009) at tiden på venterommet kunne oppleves som traumatiserende, fordi personene som selvskadet ble sittende i store folkemengder på et kritisk tidspunkt. De kunne ofte oppleve å bli nedprioritert i behandlingsskøen, noe som førte til mer angst og uro. Det som ble beskrevet som gode tiltak og som skapte bedre erfaringer på venterommet, var at helsepersonellet regelmessig tok kontroller ut i venterommet og forsikret brukerne om hvor lang ventetid de hadde igjen. Andre synes det opplevdes tryggere å bli plassert på et eget venterom.

Gode ordninger rundt ettervern, ga positive opplevelser til et flertall av deltakerne i studien (Taylor et al., 2009). Ofte kan det oppleves som krevende å selv ta kontakt for ettervern, spesielt når det er uvisst hva som kan forventes av behandling i etterkant av en episode med selvskading. Et automatisk tilbud om ettervern, virket å ha god effekt på mange brukere. Ettervernet bidro til bedre tid til å reflektere rundt årsakene til selvskadingen, med kompetente behandlere som ikke rakk ned på dem og respekterte brukerne for hvem de var. Et godt fungerende ettervern krever imidlertid et ønske om bedring fra brukeren, og en gjensidig kjemi mellom behandler og bruker (Taylor et al., 2009).

Positiv formidling om at brukerne er kapable til å ta i bruk andre mestringsstrategier enn selvskading for å uttrykke sine følelser, er svært virkningsfullt. Det å være optimistisk øker brukeres motivasjon til å redusere selvskadingsatferden, og dermed redusere følelsen av håpløshet. Et felles håp om at brukerne skal slutte å skade seg selv, gjør også helsepersonellet mer motiverte til å fortsette å bekjempe atferden. En ringvirkning er at håpet smitter over fra bruker til helsepersonell, fra helsepersonell til bruker og fra

helsepersonell til annet helsepersonell (Shaw, D. G, & Sandy, P. T, 2016). Det er viktig å understreke at det er helsepersonellens oppgave å bevare tro om bedring når brukeren selv ikke har håp (Toftthagen et al., 2021).

God kommunikasjon, følelsen av å bli sett og hørt, forutsigbarhet og ivaretagelse på akuttmottak og optimisme kombinert med et godt ettervern er alle viktige faktorer for at personer som selvskader får lavere terskel for å ta kontakt med helsevesenet ved selvskading. De gode erfaringene kan bidra til å gi mindre skamfølelse, senke skadetrangen og øker sjansene for et mer effektivt behandlingsforløp (Shaw et al., 2016; Taylor et al., 2009).

4.1.2 Dårlige erfaringer

Til tross for at kommunikasjon var en av de viktigste punktene for å skape gode erfaringer i møte med selvskading, var det også en av faktorene som ble beskrevet med høyst forbedringspotensial. Noen brukere rapporterte lav grad av brukermedvirkning, hvor det meste av prosedyrer ble gjort uten forklaring, eller med informasjon som var vanskelig å forstå (Taylor et al., 2009). Andre forklarte at helsepersonellet var mest konsentrert om å «lappe sammen» den fysiske skaden, for så å sende brukeren ut igjen. Dette uten å forsøke å få en dialog rundt årsaken til selvskadingen, ny selvskadingstrang eller behov for ettervern.

Studien til Taylor et al. (2009) viser at et høyt antall brukere rapporterte at de opplevde helsepersonellet som fordomsfulle. Ofte var dette på grunn av mangel på informasjon og kompetanse, som igjen førte til at helsepersonellet utførte behandlingen på grunnlag av misoppfatninger og misforståelser. Andre rapporterte tegn på fordomsfullhet i hvordan helsepersonellet utøvde eget kroppsspråk. Dette ble fremtredende ved at helsepersonell blant annet ikke ønsket å berøre brukerne, ikke ga blikkontakt eller ofte snudde ryggen til (Taylor et al., 2009). Brukere opplevde også en kontrollerende atferd fra helsepersonellet, der de ble bedt om å ikke røre seg, noe som kan oppleves som utfordrende for en kropp med mye angst og uro. Det kan trigge ytterligere behov for selvskading (Shaw et al., 2016).

Manglende omsorg og evne til å vise empati var en annen faktor som ble beskrevet som lite tilfredsstillende i litteraturen. Brukerne rapporterte utsagn fra helsepersonellet om at de ville holde igjen bedøvelser og bandasje, fordi skadene var selvforskyldt, og at de ville spare

det til de som «fortjente det». Ellers møtte de ofte stigmatiserende fraser som at de var «oppmerksomhetssyke» og «tidstyver» (Shaw et al., 2016).

Erfaringene brukerne gjorde seg etter både dårlig kommunikasjon, fordomsfullhet, dårlig omsorg og negative utsagn førte til at brukerne følte økt skam, skyldfølelse og skadetrang, og dermed motvilje mot å søke videre helsehjelp (Shaw et al., 2016).

4.2 Kunnskap

Funnene om helsepersonells negative holdninger i møte med selvskading var ofte forbundet med mangel på kunnskap (Hawton et al., 2012; Shaw et al., 2016; McAllister et al., 2009; Taylor et al., 2009).

Den australske studien gjort av McAllister et al. (2009) undersøkte om en løsningsrettet utdanning kunne bidra til å effektivisere og forbedre helsepersonells arbeid i møte med personer som selvskader. Studien ble gjort på bakgrunn av mangfoldige rapporteringer om at sykepleiere føler seg usikre og mangler kompetanse i møte med personer som selvskader.

En annen studie som også viser til økt kunnskap som avgjørende faktor for forståelse for selvskadingsproblematikk er artikkelen til Coimbra & Noakes (2021). Studien inkluderte 17 spørsmål om holdninger helsepersonell har til unge menneskers selvskading, og resulterte i tre ulike funn. Det første var effektivitet, hvor følelsen av personlig egnethet i å håndtere selvskadingen påvirket utfallet. Det andre funnet var negativitet uttrykt mot brukeren. Det tredje funnet omhandlet frykt for egen ansvarliggjøring.

Shaw et al. (2016) rapporterer helsepersonell som motvillig til å opparbeide seg kunnskap om selvskading, fordi de opplever at det ikke finnes nye og virkningsfulle intervensjoner rundt temaet. Brukere har rapportert om opplevelser der helsepersonell behandler alle med selvskadingsproblematikk likt. Helsepersonellet hevder på sin side at de vet hvordan de skal opptre rundt personer som selvskader på grunnlag av flere års erfaring. Det oppleves problematisk dersom helsepersonell er av den oppfatning at alle med samme utfordringer responderer likt på lik behandling, og at det ikke tilbys individuellbasert hjelp.

Felles for studiene var likevel at spesifikk opplæring i selvskadingen bidro til å senke negative holdninger til brukergruppen (Coimbra et al., 2021; McAllister et al., 2009; Hawton et al.,

2012). Økt kunnskap viste blant annet høyere score av empati, trygghet og selvsikkerhet hos helsepersonellet. Hvilken fagrolle helsepersonellet har, påvirket grad av negative holdninger. Psykiatriske sykepleiere og spesialisthelsetjeneste viste lav score av negativitet, mens ansatte i legevakt/akuttmottak hadde høyere score av negative holdninger. Dette underbygger funnet om at spesifikke opplæringsmuligheter bør gis til alle som behandler personer som selvskader. Intervensjonen ga sykepleiere tro på å kunne påvirke personer som selvskader i en positiv retning. I tillegg ble det dokumentert en bedring i holdninger mot personer som selvskader, som resulterte i mer individuellbaserte og endringsorienterte behandlingsmetoder.

4.3 Årsaker til stigmatisering

I studien til Clarke, Dusome og Hughes (2007) forklares ulike årsaker til hvorfor brukere med psykiske lidelser, derav personer med selvskadingsproblematikk, kan oppleve stigmatisering i møte med helsevesenet. Legevakt er som nevnt et av stedene brukerne opplever hyppigst å bli møtt med negative holdninger, og som også er en tjeneste de ofte må oppsøke ved selvskading.

Clarke et al. (2007) forklarer legevakt og akuttmottak som lite passende for selvskading i akutt fase. Fordi et akuttmottak eller legevakt skal inneha et bredt kompetansefelt for å dekke alle pasienters behov, oppleves det frustrerende for helsepersonell å føle at mangel på spisskompetanse gir et system som svikter brukerne. Helsepersonellet beskriver blant annet manglende struktur til å behandle pasienten med psykiske lidelser, hvor også samarbeid mellom legevakt/akuttmottak og andre psykiatriske tjenester blir nevnt som problemområder (Clarke et al., 2007).

Andre aspekter fra helsepersonellens side omhandler møter med selvskading som følelsesvekkende situasjoner. Usikkerhet, frustrasjon og hjelpeløshet setter preg på behandlingen av brukerne. En frykt for at ord eller handling kan bidra til forverring i behandlingen og til at helsepersonell kan føle behov for å ta avstand fra brukergruppen (Coimbra et al., 2021). I tillegg beskriver helsepersonell det som frustrerende å motta samme brukere opptil flere ganger i uka. En mulig årsak til dette kan være at tiltak som ble

gjort ved forrige besøk ikke har fungert, og at det derfor gir tap av motivasjon og håp om at tiltak skal fungere neste gang (Clarke et al., 2007).

En emosjonell påkjenning som helsepersonell med ansvar for unge menneskers selvskading kan være utsatt for, blir beskrevet som en stor belastning. Belastningen kan blant annet føre til økt stress, dårligere psykisk og fysisk helse og økt sykefravær (Coimbra et al., 2021). Et mulig tiltak som presenteres i studien er at det bør legges til rette for tid til diskusjon i grupper for å dele personlige erfaringer i et team. Dette kan bidra til økt faglig motstandskraft og til å redusere negative følelsesmessige utfall overfor brukergruppen (Coimbra et al., 2021).

5.0 Diskusjon

Som hovedfunnene i artiklene viser, er det store behov for å øke kompetansen rundt temaet selvskading. Miljøterapeutisk arbeid, relasjonsarbeid, opplæring i ulike mestringsstrategier og etablering av korrigerende emosjonell erfaring er eksempler på vernepleierfaglige arbeidsstrategier som kan ha god virkning i møte med selvskading (Nordlund et al., 2015). I dette kapitlet skal jeg diskutere hvordan disse områdene kan bidra til å overføre kunnskap og bevisstgjøre annet helsepersonell, og på denne måten bidra til å senke helsepersonells negative holdninger.

5.1 Vernepleierfaglig kompetanse

5.1.1 Relasjonsarbeid

Å etablere en god relasjon er svært viktig, og har stor betydning for den terapeutiske tilnærmingen. Det resulterer i såkalte *virksomme relasjoner* (Gonzalez, 2021). Personer med psykiske lidelser har ofte erfart relasjoner som er preget av omsorgssvikt, krenkelser,

avisning eller overgrep, og kan derfor oppleve det som ekstra utfordrende å knytte tillit i nye relasjoner. Det er helt avgjørende at helsepersonell som arbeider med personer som selvskader, innehar relasjonskompetanse og evner å initiere og utvikle nærende relasjoner.

I artikkelen til Taylor et al. (2009) rapporterer brukere at de ofte hadde behov for å avslutte behandlingen som følger av relasjonelle problemer med helsepersonellet. Årsaker kunne for eksempel være at de følte seg ukomfortable, misforstått, at behandlingsmetodene ikke fungerte eller at de følte de ikke fikk noe ut av behandlingen. Studien viste også at brukerne la mye ansvar på helsepersonellet, og hadde en forventning om at de i for stor grad skulle bidra til å fjerne problemene deres.

I asymmetriske relasjoner, kreves det at helsepersonellet innehar de rette kommunikasjonsferdigheter for å kunne samhandle på en god måte. Det relasjonelle forholdet utvikles ved at helsepersonellet og brukeren tilbringer tilstrekkelig med tid sammen (Lorentzen & Bakken, 2020). I behandling av mennesker med psykiske lidelser, er det viktig at helsepersonellet gir brukeren rom for å styre samtalen slik at grad av kontakt er ut ifra brukerens tilstand og forutsetninger. Helsepersonellets væremåte i samhandling med mennesker med psykisk lidelse bør ikke være kritisk, fiendtlig og ikke for emosjonelt involverende. Denne balansegangen blir til i takt med at man blir kjent og er en læringsprosess for begge parter (Lorentzen & Bakken, 2020).

Ifølge vernepleierfaglig kompetanse innen relasjonsarbeid, kreves det at vernepleieren viser grunnleggende respekt for brukeren, tar utgangspunkt i pasientens ønsker, framstår pålitelig og viser ekthet i handlinger og ord (Gonzalez, 2021). Det må være et genuint ønske om å hjelpe, brukeren må føle seg trygg på at informasjonen som gis er taushetsbelagt, og ellers være sikker på at behandlingen foregår under rammer, regler og rutiner (Gonzalez, 2021). Ved å praktisere denne kompetansen når det utvikles et relasjonelt arbeid, går vernepleieren foran som et godt eksempel for annet helsepersonell.

5.1.2 Miljøterapeutisk arbeid

Et godt miljøterapeutisk arbeid krever et helsepersonell som gir mye av seg selv, og som er forberedt på at den terapeutiske kontakten oppstår på uventede tidspunkt. Helsepersonell som arbeider tett med brukere med selvskadingsproblematikk, er under høyt press som følger av mangel på effektive intervensjoner (Øverland, 2006).

I tidligere institusjonsbehandling har det vært en tradisjon å flytte fokuset vekk fra selvskadningen for å unngå oppmerksomhet rundt atferden. Det kan virke som at denne tradisjonen har vedvart, noe som tidvis kan være effektivt, men bør sjeldent være preferanse for valg av behandlingsmetode (Øverland, 2006). Det kan blant annet føre til økt følelse av avvisning for brukeren, som allerede er et sensitivt område for brukergruppen i den mest sårbare fasen.

Bakken (2020) forklarer begrepet motoverføring, som beskriver psykologiske prosesser i samhandlingen mellom helsepersonell og bruker. For lite kunnskap om godt miljøterapeutisk arbeid, kan føre til overføring av følelser som oppstår i helsepersonellet i møte med personer som selvskader, og som helsepersonellet selv ikke er klar over. Dette kan være uheldig fordi det kan føre til at helsepersonellet overskrider sin faglige rolle og skaper ytterligere negative holdninger. Eksempler på emosjonelle tilstander som kan oppstå som følger av motoverføring er sinne, maktkamp, skam, kjedsomhet eller mangel på engasjement.

Det kan være flere ulike årsaker til motoverføringer. En årsak kan være at brukeren vekker tidligere reaksjoner og opplevelser hos helsepersonellet, og treffer såkalte «såre punkter». Dette kan påvirke samhandlingen med brukeren i høy grad, men kan på en annen side bringe viktig og verdifull informasjon for helsepersonellet i videre samspill (Bakken, 2020). Det kan tenkes at grad av motoverføringer er høy hos helsepersonell på legevakt og akuttmottak, nettopp på grunn av mangel på kunnskap og ressurser som beskrevet i litteraturen (Hawton et al., 2012; Clarke et al., 2007; McAllister et al., 2009; Coimbra et al., 2021).

For at helsepersonell skal kunne utholde miljøterapeutisk arbeid med personer som selvskader over tid, er det derfor vesentlig å klare å beherske følelser som avmakt og frustrasjon. Ved å bearbeide de følelsene som oppstår, kan reaksjonene helsepersonellet gir, gjøre at brukeren får en bekreftelse på at vedkommende kan stole på helsepersonellet. For

at det skal være enklere for helsepersonellet i dette arbeidet, bør det legges til rette for at det innad kollegialt kan tas opp tabubelagte og vanskelige tema. I tillegg kan ekstern veiledning være svært nyttig (Bakken, 2020). Ekstern og intern veiledning og opplæring kan også gi verdifull kompetanse i det å tolke symptomer, som igjen kan føre samhandlingen i riktig retning. Dette er kjerneområder innen miljøterapi (Bakken, 2020).

5.1.3 Korrigerende emosjonell erfaring

Korrigerende emosjonell erfaring er et begrep som har opphav i psykodynamisk teori, og omhandler hvordan brukere tar med egenopplevde erfaringer inn i en ny relasjon (Øverland, 2006). På samme måte som *helsepersonell* tar med seg egne følelser via motoverføringer, forklarer korrigerende emosjonell erfaring når *brukeren* aktiverer opplevelser inn i den nye relasjonen. Også dette uten å nødvendigvis være klar over det.

Hvilke forventninger brukeren har til helsepersonellet som skal behandle, avhenger av brukerens tidligere opplevelser, og vil derfor påvirke brukerens atferd og holdninger videre i behandlingen (Øverland, 2006). Korrigerende emosjonell erfaring er en behandlingsmetode som bygger på faglig skjønn, og i likhet med andre vernepleierfaglige arbeidsstrategier, er det ingen konkret prosedyre for hvordan man går frem. Likevel har prinsippene teorien bygger på, hatt stor virkning på barn og ungdom med dårlige opplevelser fra tidlig i livet. Unge mennesker som selvskader befinner seg ofte under denne kategorien (Øverland, 2006).

En vellykket korrigerende emosjonell erfaring skjer når helsepersonellet klarer å skape en forståelse for hvilken forventning brukeren har til seg, gjerne i forkant av behandlingen. Dette krever at helsepersonellet setter seg inn i brukerens personlige bakgrunn og sykdomshistorie. For eksempel vil en bruker som er sensitiv for å bli avvist og kritisert, og har opplevd flere situasjoner med slikt utfall tidligere, forvente at det samme skal skje igjen i en ny relasjon (Øverland, 2006).

Målet til helsepersonellet blir derfor å respondere på en måte som motvirker de negative forventningene brukeren har. Følgene kan bli at brukeren opplever en positiv reaksjon, som åpner mulighetene for å nå dypere inn i relasjonen med helsepersonellet. Videre kan det

føre til at brukeren lærer å åpne seg opp emosjonelt i samhandling i andre lignende situasjoner (Øverland, 2006). En annen ringvirkning er at helsepersonellets evne til å korrigere bevisst, gjør at brukeren får økt forståelse for at misoppfattelse fra mennesker rundt en kan skje, uten at det nødvendigvis betyr at vedkommende blir kritisert.

Ved innføringen av Helseplattformen, det nye journalsystemet i Trondheim kommune, er et av målene at journalen skal følge brukeren der behandling gis. På eksempelvis legevakt og akuttmottak, vil dette gi en større mulighet for å behandle ved hjelp av emosjonell korrigerende da en har større tilgang til brukerens journal. Bedre kunnskap om brukerens bakgrunn og sykdomshistorikk, vil også øke forståelsen, og dermed bidra til å senke negative holdninger når helsepersonellet går inn i samhandlingen.

5.1.4 Mestringsstrategier

Mestringsarbeid er ofte forbundet med selvskading, og er en arbeidsstrategi som benyttes i vernepleierfaglig arbeid. For at personer som selvskader skal ha mulighet for å komme seg ut av selvskadingsproblematikken, bør personen inneha mestringstro, og være *indre motivert* (Gonzalez, 2021). Å være indre motivert vil være verdifullt fordi følelsen av å mestre aktiverer tilfredsstillelse, glede, kreativitet og skaperevne og kan dermed gi ny motivasjon. Det vil også være hensiktsmessig å være *ytre motivert*. Her spiller helsepersonellet en stor rolle, som kan motivere brukeren ved å gi ros, anerkjennelse og å initiere til å utføre positive handlinger (Gonzalez, 2021).

Gonzalez (2021) presenterer to ulike mestringsstrategier. Den første kalles problemorientert strategi og viser om brukeren selv vurderer det som sannsynlig å kunne mestre den nye situasjonen. Det kan for eksempel være om brukeren har mestringstro og indre motivasjon nok til å redusere selvskadingsatferden. Framstår situasjonen som alvorlig og ukjent for brukeren det gjelder, kan det være mer utfordrende å se en løsning på problemet. Likevel vil helsepersonellets innsikt i hvordan brukeren forstår seg selv og sin situasjon, gi et viktig innenfraperspektiv, og dermed øke helsepersonellets kunnskap om brukerens tanke- og handlingsmønstre (Gonzalez, 2021).

Den andre strategien kalles følelsesorientert strategi og er avgjørende for at brukeren skal kunne mestre den nye livssituasjonen. Strategien kjennetegnes ved at brukeren har som

hovedmål å redusere de emosjonelle vanskene som gjerne oppstår når en prøver å endre en livssituasjon (Gonzalez, 2021). Brukeren forsøker å regulere følelsene sine ved å dempe indre uro, skam- og skyldfølelse og angst, og går inn i en mental prosess for å forsøke å unnvike eller flykte fra det som er vanskelig. Dette kan forklares som psykologiske forsvarsmekanismer som benekting og fortrenning og betegnes som ubevisste følelsesorienterte mestringsstrategier (Gonzalez, 2021).

Helsepersonell som jobber tett med personer som selvskader, kan bidra med å identifisere hva brukeren strever med. Grad av mestring, avhenger av personens ressurser.

Vernepleieren har som kjernekompetanse å hente fram brukerens iboende ressurser, og fremme det som betyr mye for en person, det som blir kalt personens spesielle anliggender (Gonzalez, 2021).

En recoveryorientert tilnærming legger vekt på brukerens psykiske lidelse, men ser også på recovery som en mulighet til å fremme personens ressurser som en personlig læreprosess (Toftthagen et al., 2021). At helsepersonellet formidler håp, gir trygghet i relasjonen og viser at de stoler på brukeren, bidrar til at vedkommende gradvis lærer å forstå seg selv. Dette kan over tid resultere i økt kunnskap om hvorfor selvskadningen forekommer, og dermed gjøre at brukeren tar kontroll og ansvar over eget liv (Toftthagen et al., 2021).

Vendepunktet i selvskadingsatferden kjennetegnes ved at brukeren oppnår en erkjennelse over å ha mistet kontroll over eget selvskadingsmønster og derfor like gjerne kunne vært død (Toftthagen et al., 2021). En person som ønsker å leve, vil motiveres av egne personlige mål som vil gå tapt om død er alternativet. Det kan være å gjenvinne tapte relasjoner, stifte familie eller andre grunnleggende behov. Etter at personen erkjenner at et vendepunkt er mulig, vil vedkommende være mer åpen for profesjonell hjelp. Dette vil skape utgangspunktet for en individuell læreprosess mot recovery fra å selvskade (Toftthagen et al., 2021).

5.2 Forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak omhandler det å systematisk utvikle intervensjoner før mennesker blir for syke til å greie å redusere forekomst. Fokus på forebyggende tiltak for psykiske lidelser er dessverre svært nedprioritert i de fleste land, også i Norge. Vernepleiere er viktige bidragsyttere i forebyggende og helsefremmende arbeid og har et stort ansvar for å videreformidle informasjon om selvskading til brukere, pårørende og allmennheten.

Holte (2021) presenterer to hovedtilnærminger i forebyggende arbeid. Helsefremmende tilnærminger skal sette søkelys på trivsel og velvære, positiv psykisk helse i form av å regulere følelser, fornufttenkning og opprettholdelse av gode og stabile relasjoner.

Sykdomsforebyggende tilnærminger omhandler å redusere allerede oppstått symptomer og sykdom.

Videre beskrives tre typer tiltak for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid for å treffe et bredest mulig spekter av mennesker (Holte, 2021). Det første tiltaket kalles indisert tiltak, og retter seg mot enkeltindivider som står i fare for å utvikle psykisk lidelser. Formålet er å fange opp tilfellene i barnehage og tidlig skolealder. Selektive tiltak tar sikte for å fange opp risikoutsatte, som for eksempel barn med alvorlig psykisk syke foreldre, voldsutsatte eller unge flyktninger. Universelle tiltak retter seg mot allmennheten, uavhengig av risikofaktorer. Vernepleiere og annet kompetent helsepersonell skal kunne vurdere behovet for når de ulike tiltakene skal settes i gang, og bidra med å bevisstgjøre aktuelt helsepersonell (Holte, 2021).

5.3 Metodediskusjon

I oppgaven har jeg benyttet forskningsartikler som er i grenseland med tanke på årstall for publisering. Etter å ha vurdert nøye for om de skulle inkluderes, bestemte jeg meg for å bruke dem. Dette fordi de var svært relevante for oppgaven min. Det finnes få forskningsartikler fra nyere tid som i like stor grad tar opp helsepersonells negative holdninger til selvskading, hvor de som er tilgjengelig kommer fram til mange av de samme funnene.

En annen svakhet i studien, er at alle mine utvalgte artikler er engelskspråklige. Dette kan være med å sette en barriere for språket, og gjør det utfordrende å finne passende begrep. Jeg har likevel funnet det overkommelig å oversette artiklene, og føler jeg har fått fram de samme poengene. En ulempe er at forskningene stort sett har foregått i land som England, USA og Australia, hvor helsesystemet og rammene rundt behandling kan være noe annerledes enn i Norge. Noen artikler har innhentet rapporter fra Sverige og Finland.

Styrker fra studien er at alle artikler jeg har benyttet er fagfellevurdert. Det vil si at artiklene er akademisk vurdert av 2-4 kritiske eksperter innenfor faget og bidrar til å kvalitetssikre innholdet for leserne (Thidemann, 2019). Selv har jeg også grundig analysert de utvalgte artiklene for å sikre relevans for oppgaven min, samt å hindre feiltolkninger. Jeg har også gjort flere søk i ulike databaser, men fant at PubMed var den databasen som både ga mest relevante treff og opplevdes som mest brukervennlig.

6.0 Konklusjon

Formålet med bacheloroppgaven var å finne svar på om vernepleierfaglig kompetanse kan være bidragsyter i å endre helsepersonells negative holdninger til selvskading.

I oppgaven har jeg presentert relevante vernepleierfaglige arbeidsmetoder som miljøterapi, relasjonsarbeid, mestringsstrategier og forebyggende tiltak, hvor alle har god effekt i behandlingen av selvskading. Vernepleierens faglige kompetanse kan bidra i overføringen av kunnskap til annet helsepersonell, slik at det lettere kan skapes forståelse for hvorfor personer som selvskader handler som de gjør og dermed redusere forekomsten av negative holdninger.

Funnene rundt brukeres dårlige erfaringer med helsepersonell viser som følge av det, økt skamfølelse, avvising og stor barriere for å ta kontakt med helsevesenet. Videre gir de dårlige erfaringene økt skadetrang, og høyere risiko for selvmordsforsøk. De gode erfaringene viser motsatt effekt. God omsorg, ivaretagelse og godt ettervern, reduserer skamfølelse, og gjør det mindre vanskelig å ta kontakt med helsevesenet ved neste selvskading.

Helsepersonell som jobber med selvskading, bør være oppdatert på intervensjoner i omsorg med selvskadende brukere. Det bør foregå intern og ekstern opplæring fra helsepersonell med spisskompetanse. På denne måten kan kunnskap spres mellom helsepersonell, og sikre et mer kvalitetssikret omsorgstilbud. Som Coimbra & Noakes (2021) også refererer til i sin studie, bør virksomhetsledere og politiske ledere fra øvre hold, støtte forbedring av nøkkelkompetanse innen psykisk helse.

7.0 Litteraturliste

Bakken, T. L. (2020). Viktige begreper. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 31-35). Fagbokforlaget.

Bakken, T. L. (2020). Dårlig miljøterapi – når samhandlingen ikke fungerer. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 427-436). Fagbokforlaget.

Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>

Coimbra, L., Noakes, A. A systematic review into healthcare professionals' attitudes towards self-harm in children and young people and its impact on care provision (2021) DOI:
<https://doi.org/10.1177/13674935211014405>

Ellingsen, K. K. (2020). Det historiske, ideologiske og verdimesige grunnlaget for miljøterapi. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 17-25). Fagbokforlaget.

FO (2017) Om vernepleieryrket. Hentet fra:
<https://vernepleier.no/wpcontent/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>

Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 44-56). Gyldendal.

Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>

Helsedirektoratet (2017). Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskaading og selvmord. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-ogrus/selv-mord-og-selvskading/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvskading-og-sel>

Holte, A. (2020). Psykiske lidelser i et samfunnsperspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 35-39). Gyldendal.

Lorentzen, P., Bakken, T. L. (2020). Relasjoner, tilknytning og sosialt fellesskap. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 91-102). Fagbokforlaget.

McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2838-2845.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x>

Nordlund, I., Thronsen, A. & Lind, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Shaw, D. G. & Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications. *Health SA Gesondheid*, 21, 406-414.
<https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.08.001>

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104-110. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046425

Toftshagen, R., Gonzalez, M. T. (2020). Å skade seg selv – forståelse og tilnærming. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s. 322-327). Gyldendal.

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

