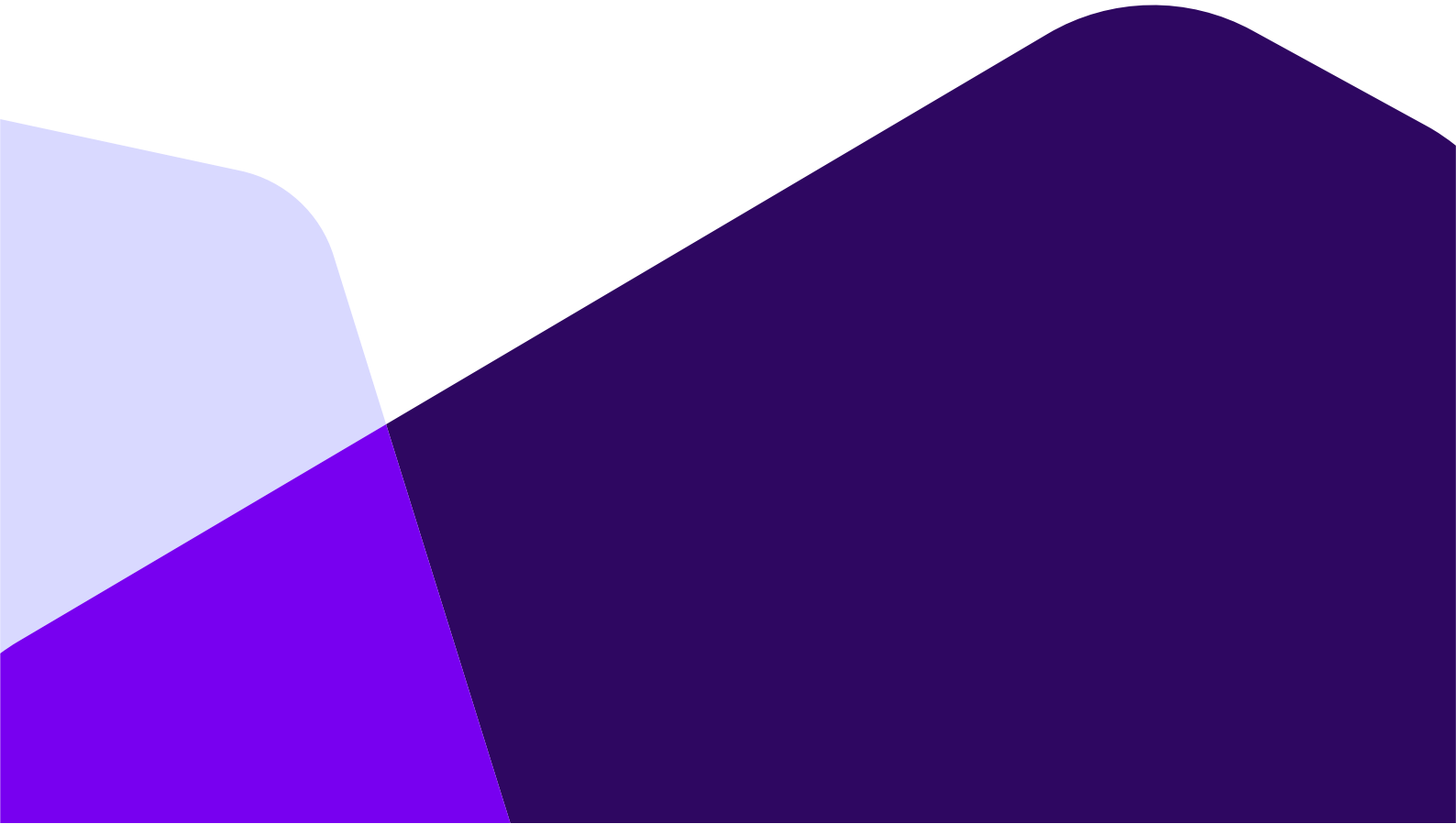


Ronny Jakobsen

Intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter under 18 år som er innlagt på en intensivavdeling etter en selvskadende hendelse.

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 4
3199 Borre
<http://www.usn.no>

© 2024 Ronny Jakobsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Introduksjon: Selvskading er ofte en måte å regulere følelser på, og er en sterk indikator på fremtidig selvmordsrisiko. Det finnes ingen nasjonale registre i Norge som dokumenterer forekomsten av selvskading eller selvmordsforsøk, men estimerer antyder at helsetjenesten behandler rundt 5000 selvmordsforsøk årlig der flere vil ha behov for intensivbehandling. Selvskading er også nært knyttet til selvmordsforebygging, som er et prioritert område i norsk helsepolitikk. Forskning viser at helsepersonell kan ha negative holdninger til pasienter som selvskader, men det er lite kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer og holdninger.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan intensivsykepleiere erfarer det å ivareta unge jenter under 18 år, som er innlagt i intensivavdelinger etter en selvskadende hendelse. Studien kan bidra til økt oppmerksomhet og kvalitet i omsorgen for denne pasientgruppen.

Metode: Det er benyttet en kvalitativ metode og det er gjennomført fire individuelle intervjuer på informantenes arbeidsted. Innholdsanalysen av datamaterialet er utført etter Lyhne og Bjerrums (2021)

Resultat: Funnene viser at disse pasientene ofte ankommer intensivavdelingen alene. Intensivsykepleiere erfarte at manipulering med grunnlidelse som diabetes og bruk av sosiale medier kunne påvirke selvskadingsatferd. Intensivsykepleieres erfaringer tilsier at mange kan ha opplevd omsorgssvikt, noe som kompliserer forholdet til foreldrene. Intensivsykepleierne opplevde utfordringer knyttet til manglende kunnskap og retningslinjer for behandling av og omsorgen for pasienter etter selvskading, noe som førte til usikkerhet og splittende meninger blant helsepersonell. Dette medførte at behandlingen kunne bli basert på individuelle erfaringer snarere enn evidensbaserte metoder.

Konklusjon: Intensivsykepleiere i denne studien erfarer at det er komplisert og utfordrende å ivareta pasienter etter selvskading. Intensivsykepleierne opplevde at de ikke har nok kunnskap, de mangler retningslinjer og det er lite samarbeid på tvers av sektorer for å ivareta barn som kommer alene til en intensivavdeling etter å ha skadet seg selv med hensikt.

Abstract

Introduction: Self-harm is often used as a means of emotional regulation, and it is also a strong indicator of suicide risk. In Norway, there are no registries documenting the prevalence of self-harm or suicide attempts, but estimates suggest that healthcare services treat around 5000 suicide attempts annually, many of which require intensive care. Research indicates that healthcare professionals may hold negative attitudes toward patients who self-harm, but there is limited knowledge about the experiences and attitudes of intensive care nurses.

Aim: The purpose of this study was to explore how intensive care nurses experience caring for girls under the age of 18, who are admitted to intensive care units following a self-harm incident. This study may contribute to increased awareness and improved quality of care for this patient group.

Method: A qualitative approach was employed, conducting four individual interviews at the participants workplace. The content analysis of the data was carried out following the approach of Lyhne and Bjerrum (2021)

Results: The study reveals that patients often arrive at the intensive care unit alone. Nurses reported that factors such as underlying conditions like diabetes and the use of social media could influence self-harming behavior. Nurses also observed that many of the patients may have experienced neglect, complicating their relationship with their parents. The intensive care nurses faced challenges due to a lack of knowledge and guidelines for treating self-harm, leading to divided opinions among healthcare professionals. As a result, treatment may be based on individual experiences rather than evidence-based methods.

Conclusion: Intensive care nurses in this study found it challenging to care for patients who self-harm. The nurses reported that they lack sufficient knowledge, there are no clear guidelines, and there is limited cross-sector collaboration to support children who arrive alone at an intensive care unit after intentionally harming themselves.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Innhold	4
Forord	6
1 Innledning	7
Studiens hensikt	9
Problemstilling	9
Forforståelse	9
Begrepsavklaring	10
2 Bakgrunn	11
Selvskading	11
Sykepleiefaglig forankring	14
Vitenskapsteoretisk bakgrunn	15
Forskningssøk	16
3 Metode	18
Kvalitativ design	18
Utvalg og rekruttering	19
Semistrukturert individuelle intervjuer	19
Forberedelse til intervju	20
Intervjuguide	20
Pilotintervju	20
Gjennomføring av intervjuet	20
Forskningsetikk	21
Analysen av datamaterialet	22
Hvordan den induktive innholdsanalysen er utført	24

4 Resultater	29
Fellestrekk	30
Kasteball	32
Profesjonalitet	35
Tvang	36
Holdninger	39
Å være profesjonell	40
Behandlingsstrategi	41
Erfaringer	43
Kunnskap	46
5 Diskusjon	48
Fellestrekk	48
Holdninger og profesjonalitet	49
Behandlingsstrategi	52
Erfaringer	53
Kunnskap	55
Studiens styrker og svakheter	56
6 Konklusjon	59
Litteraturliste	60
Vedlegg	70
PICo skjema	70
Min Forforståelse:	71
Intervjuguide	72

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en krevende, men givende reise innen feltet intensivsykepleie og akademisk skriving. Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min veileder Edda Johansen, som gjennom sin motivasjon og engasjement har drevet meg fremover, spesielt når veien har føltes ekstra lang.

Mine klassekamerater fortjener også en stor takk. Dere har vært pådrivere og sparringspartnere, og da jeg måtte utsette leveringen av denne oppgaven, var dere en inspirasjonskilde for at jeg også skulle levere og ikke legge dette arbeidet fra meg.

De første månedene av dette året var spesielt utfordrende for meg da jeg måtte balansere jobb, masteroppgaveskriving og det å være pårørende. Jeg løste dette med hjelp av min veileders anbefaling om å søke utsettelse på innlevering av masteroppgaven. Jeg har hele tiden hatt et mål om å fullføre, selv om tvilen har meldt seg i ny og ne.

Jeg var heldig og fikk et stipend av Norsk Sykepleierforbund (NSF) tiltenkt for de som skulle skrive masteroppgave, og dette ga meg mulighet til å jobbe redusert. Dette var til stor hjelp, og jeg er takknemlig for støtten. En spesiell takk går også til min arbeidsplass, intensivavdelingen ved Sykehuset i Vestfold, som har latt meg jobbe redusert for å fullføre denne oppgaven. Takk til mine kollegaer som har vært en kilde til refleksjon og faglig diskusjon gjennom året.

Til slutt vil jeg takke min familie og mine venner. Deres tro på meg har vært en konstant kilde til styrke og motivasjon. Uten deres støtte og oppmuntring hadde denne oppgaven aldri blitt fullført.

Larvik, 2.september 2024

Ronny Jakobsen

1 Innledning

«Pasienten på rom 122 er en kjenning fra tidligere, hun kom inn i går kveld og har inntatt en mengde ukjente tabletter. Hun er intubert og sover på Propofol. Hun skal vekkes og flyttes fra intensivavdelingen fortst mulig.» Denne setningen bet jeg meg merke i da jeg var i praksis, og da jeg har en interesse for det psykiatriske feltet, ble min nysgjerrighet tent. Ifølge Norsk Sykepleieforbund (2006) er intensivpasienter de som har truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og der svikten antas å være helt eller delvis reversibel (Norsk Sykepleieforbund, 2006). Jeg begynte å reflektere omkring selvpåført og ikke-selvpåført behov for intensivbehandling. Pasienter med psykiske lidelser som påfører seg selv skade og får svikt i vitale funksjoner, i motsetning til de som innlegges med sepsis, respirasjonssvikt eller etter et traume. Jeg ble nysgjerrig på hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å ivareta pasienter som skader seg selv med hensikt. Dette var bakgrunnen for valg av tema i studien.

Selv mord er folkehelseproblem som er verdensomspennende (Tørmoen et al., 2013). Det største forvarselet for selvmord er selvskading, eller selvskadende atferd fordi det er vist at opptil 60% av alle som har begått selvmord har en tidligere historie med selvskading (Tørmoen et al., 2013) I Canada er selvmord blant unge mellom 15-19 år den andre i rekken over årsaker til død, der den ledende årsaken er ulykker (Public Health Agency of Canada, 2016). Selvmordsstatistikken i Canada for de mellom 15-25 år, steg fra 2007-2017 med 15% (Mitchell et al., 2022). I USA for de mellom 15-19 år, var det i årene 2007-2015 en stigning på 31% (Mitchell et al., 2022) I England er det gjort en samfunnsstudie blant unge mellom 10-18 år, og resultatet viser at 5-10% svarer at de har selvskadet. Studier som er utført på sykehus i England viser at antall innleggelses som skyldes selvskading er 1% hos jenter og 0,4% hos gutter (Hawton et al., 2012). Selv om denne studien er 12 år gammel er det en overføringsverdi da en nyere studie fra Norge av Bakken (2022), viser at trenden på selvskading har økt fra 4.1% til 16.2% som svarer at de ha selvskadet blant ungdomskoleelever (Bakken, 2022). Studien til Bakken (2022) ser på resultatene i en nasjonal spørreundersøkelse fra året 2002 til året 2017/18 (Bakken, 2022). Tørmoen et al (2020) påpeker at denne økningen er høyere, hvis man bare ser på antall jenter som har selvskadet (Tørmoen et al., 2020). I studien til Mitchell et.al (2022), poengteres det at unge som er innlagt på en intensivavdeling etter selvskading, er en god kilde, og det nærmeste vi kan komme til å forstå de komplekse faktorene som leder til selvmord (Mitchell et al., 2022). I

studien til Mars et.al (2019) slås det fast at risikoen er høy for at de som selvskader, skal begynne å tenke på selvmord og til slutt prøve å gjennomføre dette (Mars et al., 2019). I en oppfølgingsundersøkelse blant ungdom som både hadde rapportert om selvskading og selvmordstanker, hadde cirka 1 av 5 (21%) forsøkt å begå selvmord (Mars et al., 2019). Hvor mange av de som skader seg selv og er i behov av intensivbehandling er uvisst, men i møte med disse pasientene i en intensivkontekst, har helsepersonell antakelig en mulighet til å bryte en ond sirkel med riktig tilnærming. Intensivsykepleiere har erfaringer med å ivareta pasienter som skader seg selv, men grunnet konteksten glipper kanskje muligheten til å bryte den onde sirkelen. Årsaken kan bunne i at pasientgruppen skal raskt ut av avdelingen, og av egen erfaring er ofte behandlingsprinsippet å gi disse pasientene minimal oppmerksomhet. Helsepersonelloven regulerer intensivsykepleiere på individnivå ved at arbeidet som utføres skal være faglig forsvarlig og det skal gis omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonell skal innhente nødvendig bistand og henvise videre da egne kvalifikasjoner ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999). Det innebærer at pasienter i aldersgruppen under 18 år som har forsøkt å begå selvmord, eller etter selvskading, skal møte intensivsykepleiere som bygger sin omsorg og behandling på kunnskapsbaserte anbefalinger. Ifølge forskriften for intensivsykepleierutdanningen skal intensivsykepleiere gi kontinuerlig oppmerksomhet og nærvær for å fremme trygghet, håp og livsmot i en kritisk livsfase (Forskrift for nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanningen, 2022). I april 2021, kom Helse Sør-Øst RHF med en regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling for utvikling av tjenestene i helseforetakene og sykehusene fram mot 2035. I fagplanen fokuseres det på at mange av de som begår selvmord har vært i kontakt med helsetjenesten det siste året og antakelig har en viss andel vært innlagt på en intensivavdeling. Bedre kvalitet i behandlingen av denne gruppen kan vise seg å være et viktig selvmordsforebyggende tiltak (Helse Sør-Øst RHF, 2021). Et av de konkrete tiltakene er at sykehusene skal ha skriftlige rutiner for kartlegging av selvskading, samt tiltak ved selvskading hos barn og unge (Helse Sør-Øst RHF, 2021), men slike prosedyrer foreligger foreløpig ikke meg bekjent for intensivavdelinger nasjonalt eller lokalt.

Basert på kunnskapen om sammenhengen mellom selvskading og selvmord, samt viktigheten av å møte denne pasientgruppen kunnskapsbasert og systematisk, er det interessant å utforske intensivsykepleieres erfaringer. Med bakgrunn i at det foreligger lite forskning om intensivsykepleieres erfaringer med unge intensivpasienter innlagt etter selvskadende hendelse i Norge, ønsker jeg å undersøke et utvalg av norske

intensivsykepleiers erfaringer gjennom intervjuer. Dette er i tråd med intensivsykepleierens helsefremmende, forebyggende og behandlende funksjon (NSFLIS, 2023)

Studiens hensikt

Hensikten med studien er å få frem hvordan intensivsykepleiere erfarer det å ivareta unge jenter under 18 år, som er innlagt i intensivavdelinger etter en selvskadende hendelse. I studien er det gjort søk på den nyeste forskningen på feltet og innhentet erfaringsbasert kunnskap fra intensivsykepleiere gjennom intervjuer. Studien kan gi et bidrag til økt oppmerksomhet og kvalitet i omsorgen for denne pasientgruppen.

Problemstilling

Intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter under 18 år som er innlagt på en intensivavdeling etter en selvskadende hendelse.

Forforståelse

Min interesse for psykiatrifeltet ledet meg til å velge selvskading i studiens problemstilling. Min personlige bakgrunn og erfaringer har blitt til gjennom å ha arbeidet flere steder: psyko-sepost, sikkerhetspsykiatri, akuttmottak, hjemmesykepleie og intensivavdeling. Sammen med mine tidligere hypoteser og faglige perspektiver, utgjorde dette min forforståelse av emnet. Forforståelse, som beskrevet av Malterud (2017), er den bagasjen jeg vil ta med meg inn i studien. Dette inkluderer mine tidligere erfaringer, mine hypoteser, og mitt faglige ståsted, samt den teoretiske rammen jeg har ved studiens start (Malterud, 2017, s. 45-46). Min forforståelse ble skrevet ned i noen punkter før forskningsprosessen ble startet (vedlegg 2).

Malterud (2017) understreker viktigheten av å ha et åpent sinn som forsker, slik at forskningsprosessen kan styre veien til svarene, i stedet for at min forforståelse gjør det. Forforståelsen kan påvirke hvordan jeg samler inn data og tolker empirisk materiale

underveis i prosessen. Forforståelsen kan være en ressurs som styrker studien, men det er viktig å være oppmerksom på at den også kan begrense horisonten og hindre meg i å gjøre nye funn hvis jeg lar den overstyre meg (Malterud, 2017, s. 45-46).

Begrepsavklaring

Selvskading

Forskning innen feltet selvskading har lidd under mangelen på en klar definisjon i mange år. Det er flere terminologier som er brukt for å beskrive de samme fenomenene i studier over flere kontinenter. Uenigheten har ligget i intensjonen bak selvskadingen (Nock, 2009; Silverman et al., 2007). Jeg velger å støtte meg til Tørmoens (2017) doktorgradsavhandlings definisjon på selvskade, der selvskade er definert som en selvskade eller forgiftning som ikke leder til død, uansett om hensikten var selvmord eller ikke. Inkludert i dette ligger forgiftning, kvelning, kutting, brenning og andre selvskadende skader (Hawton et al., 2002; Skegg, 2005; Tørmoen, 2017).

2 Bakgrunn

Selvskading

Det kan eksistere mange grunner til at personer ønsker å skade seg selv, men som oftest er det relatert til regulering av følelser. I seg selv kan selvskading være alvorlig for egen helse, selv om den fysiske skaden kan variere i omfang. Selvskading er et sterkt forvarsel for fremtidig selvmord (Tørmoen, 2017). Det er ikke etablert noe register over forekomst av selvskading og selvmordsforsøk i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), men Helsedirektoratet har gjort noen beregninger som viser at helsetjenesten behandler mellom 4000 til 6000 selvmordsforsøk årlig (Helsedirektoratet 2017). Tallene er usikre, men grunnlaget er hentet fra Norsk Pasientregister. Anslagene viser at flere kvinner enn menn oppgir å ha forsøkt selvmord, og forekomsten er størst blant unge jenter mellom sen ungdom og tidlig voksen (Helsedirektoratet 2017). Internasjonale tall estimerer at 13-23% av ungdom i alderen 12-18 år har skadet seg selv med vilje. Også her viser det seg at forekomsten er høyere blant unge kvinner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Ettersom det ikke finnes noen nasjonale registre over omfanget av intensivpasienter som har skadet seg selv med hensikt eller har forsøkt å ta selvmord, er det vanskelig å anta omfanget og dermed hvor ofte intensivsykepleiere møter pasientgruppen. I Norge er selvmord et stort samfunn og folkehelseproblem og hvert år tar cirka 600 personer selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Av de som begikk selvmord i 2020 var 5,6% under 20 år (Folkehelseinstituttet, 2021). Canadiske myndigheter har analysert omfanget og viser til at for hvert selvmord, er det 25 til 30 selvmordsforsøk, 5 sykehusinnleggelse på grunn av selvpåførte skader og 7 til 10 personer som blir dypt følelsesmessig berørt av hvert selvmord (Government of Canada, 2021). Forebyggingsarbeidet mot selvmord og selvskading inngår i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med psykisk helse-, rus- og voldsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). I 2020 ble regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 lansert, med tittelen «Ingen å miste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Med denne planen ble det innført en nullvisjon for selvmord i Norge. Det påpekes i planen at det er viktig å kartlegge alle sider ved alle selvmord. I planen holdes spesialisthelsetjenesten ansvarlig for å utrede, behandle og følge opp personer med risiko for selvmord, eller etter at de har forsøkt å ta sitt eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ved kjente problemstillinger ved ulike tilstander der

selvmordstanker og selvmordsrisiko er en problemstilling, er det utarbeidet nasjonale faglige behandlingsretningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse 2019-2024 er selvskading et av temaene. Selvskading starter tidlig, ofte i alderen 12-15 år, og forekomsten er høyest hos jenter. Det er en fin linje mellom selvskading og selvmord og tiltakene for forebygging overlapper hverandre, da selvskading er en risikofaktor for selvmord (Prop. 121 S (2018-2019), s. 65). I den Nasjonale handlingsplanen for forebygging av selvmord ble det utviklet seks mål med tilhørende tiltak og her nevnes spesielt ett: De som innlegges på en somatisk avdeling med en tilstand som kan relateres til et selvmordsforsøk, skal bli vurdert av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse (Helse Sør-Ost RHF, 2021). Dette krever at de som er involvert i behandlingen til pasienter som legges inn på intensivavdelinger etter et selvmordsforsøk, eller en selvskadende hendelse, må ha tilstrekkelig kunnskap om feltet for å kunne arbeide etter den nasjonale handlingsplanen. I intensivsykepleierens behandlende og rehabiliterende funksjon påpekes det at intensivsykepleieren skal samarbeide med øvrige ledd i pasientbehandlingen. Å arbeide koordinert om rehabilitering kan være ledd i å bedre tjenestene ut ifra kjent kunnskap om langsiktige pasientresultater (NSFLIS, 2023).

I artikkelen til Saunders et al. (2012) kommer det frem at både leger og sykepleiere har en tendens til å betrakte de som selvskader på en negativ måte. Funnene deles over flere land og kan tyde på at pasienter er prisgitt holdningene det individuelle helsepersonellet har i møte med pasienter som skader seg selv. Det var liten forskjell på om studiene var nye eller gamle, og dette på tross av fokuset psykiatri har hatt i media og i det offentlige i de siste årene. Selvskading har økt i et stabilt tempo over flere år, samtidig som antall sengeplasser i psykiatrien har blitt redusert (Saunders et al., 2012). Saunders et al. (2012) mener at dette kan forklare hvorfor helsepersonell ser negativt på denne pasientgruppen fordi de nå ser flere av disse pasientene innlagt på somatiske sykehusavdelinger. Det påpekes også at det er bekymringsfullt da de som selvskader er personer som har en høy risiko til å begå selvmord (Saunders et al., 2012). I en studie fra England påviste de at ungdom som selvskadet ved å kutte seg, ble sett på som at de hadde lavere risiko for selvmord, og dermed ble sent hjem etter at kuttene var behandlet, uten noen psykiatrisk utredning. Studien hevder at dette er bekymringsfullt og det etterspørres retningslinjer å følge (Hawton et al., 2012). I en spørreundersøkelse blant 856 ungdom i alderen 15-17 år i Dublin, Irland, viser det seg at det er et fåtall av ungdommene som har skadet seg selv som oppsøker hjelp og kun ni % hadde oppsøkt helsevesenet. Det var flere grunner til dette, fra de som mente at det ikke var alvorlig nok, til de som ikke ønsket hjelp, og noen sa at de ikke ville kaste bort

tiden til andre (Doyle et al., 2015). Det viser seg at helsepersonell er mer sympatiske mot pasienter som har forsøkt å ta sitt eget liv ved en alvorlig metode og de er mer sympatiske mot pasienter som har en klar psykiatrisk diagnose. Helsepersonell ser også forskjell på menn og kvinner, der synet på kvinner er mer positivt enn menn (Saunders et al., 2012). Funnet er interessant da kvinner er overrepresentert blant pasienter som selvskader og sett i lys av at alder, kjønn, religion, etnisitet, livssyn, seksuell orientering og kjønnsidentitet ikke skal bestemme kvaliteten på tjenestene vi tilbyr i helsevesenet (Likestilling- og diskrimineringsloven, 2017). Det påpekes også at det ikke er klare retningslinjer for behandling av disse pasientene, selv om det finnes verktøy for å vurdere selvmordsrisiko. Vanskelighetene kan skyldes mangel på egnede rom for utspørring av pasienter og de generelle ventetidene det er for egnet psykiatrisk hjelp (Saunders et al., 2012). I en norsk studie av Paulsen et al (2023), som omhandler pasienter som blir lagt inn på en intensivavdeling med intoksikasjon, opplevde intensivsykepleierne at de manglet forutsetninger for å gi god sykepleie og at det ga en følelsesmessig belastning. Intensivsykepleierne opplevde også at de manglet kompetanse til å ta vare på intoksikasjonspasienter (Paulsen et al., 2023). Det er gjort få studier på barn under 18 år som har selvskadet og havnet på en intensivavdeling og vi vet lite om hvilke holdninger intensivsykepleiere har til disse pasientene. Kari Martinsen, en norsk sykepleieteoretiker, er opptatt av etiske fenomener i sykepleierens praksis (Martinsen, 2003). Hun mener at sykepleie er asymmetrisk, der sykepleieren har en plikt til å hjelpe da vi sitter på fagkunnskapen pasienten ikke har. Sykepleiere skal hjelpe de mest utsatte gruppene i samfunnet og vi skal gjøre det selv om pasienten har en utfordrende oppførsel eller har oppfatninger som kan være vanskelig å forstå eller støtte (Martinsen, 2003; Nortvedt, 2021, s. 45-46). Det betyr at intensivsykepleiere må ha kompetanse til å ivareta pasienter som har forsøkt å begå selvmord, eller som har skadet seg selv, både i lys av et behandlende og forebyggende perspektiv (NSFLIS, 2023). Ifølge Clarke et al. (2014) var det både kvalitative og kvantitative studier som viste at sykepleiere i akuttmottak følte seg ukvalifisert til å vurdere og ivareta pasienter med mentale problemer (Clarke et al., 2014). Studien har en overføringsverdi da intensivsykepleiere på intensivavdelinger ofte er de første som behandler denne gruppen av pasienter da flere av dem vil våkne opp på intensivavdelinger etter at de har vært intubert, grunnet overdose av medikamenter. En kvalitativ studie fra Nederland poengterte at væremåten til sykepleiere mot denne gruppen på en psykiatrisk avdeling forandret seg da de gjennomgikk et opplæringsprogram som satte søkelys på væremåte mot de som selvskader. Programmet het «From judgement to understanding». Etter gjennomførelsen av programmet ble det rapportert at sykepleiere brukte mindre tvang, var mer empatiske og var mer pasientorientert i tilnærmingen til de som selvskadet (Karman et

al., 2015). En ny norsk studie av Larsen et.al (2023) peker på hvordan helsepersonell skal tilnærme seg de som selvskader og viser at man må ha kunnskap om hvorfor den enkelte selvskader for å komme i posisjon til å kunne redusere hyppighet og alvorligheten av selvskadingen. Metoden baserer seg på en funksjonell tilnærming der man ser på årsaken til at den enkelte skader seg selv, og på ressursene denne personen mangler for å kunne håndtere disse problemene på en akseptabel måte (Larsen et al., 2023).

Sykepleiefaglig forankring

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere fungerer som et veiledende dokument som definerer rollene og ansvarsområdene innenfor den kliniske praksisen. Det er et rammeverk som gir retningslinjer for hvordan intensivsykepleiere skal utføre sitt arbeid på en profesjonell og forsvarlig måte (NSFLIS, 2023). Når intensivsykepleiere skal ivareta unge jenter under 18 år som har selvskadet, er det flere føringer i funksjons- og ansvarsbeskrivelsen som påpeker deres ansvar for både pasienten og pårørende (NSFLIS, 2023).

Den formelle kompetansen tilsier at intensivsykepleiere har autorisasjon som sykepleiere og har fullført videreutdanning i intensivsykepleie i henhold til gjeldende rammeplan for intensivsykepleie (NSFLIS, 2023). Under den helsefremmende og forebyggende funksjon forutsetter det at intensivsykepleieren anvender systematisk observasjon og vurderinger for å identifisere tidlige tegn på helsesvikt eller økt risiko for komplikasjoner. Samtidig legges det vekt på å skape helsefremmende omgivelser som bidrar til å fremme pasientens velvære, håp og livsmot (NSFLIS, 2023). Under den behandlende og rehabiliterende funksjonen innebærer det at intensivsykepleieren evaluerer pasientens ressurser kontinuerlig og iverksetter systematiske tiltak for at pasienten skal evne å utføre daglige aktiviteter og oppgaver, både fysisk og mentalt. Videre legges det vekt på å starte med rehabilitering allerede i den akutte delen av pasientforløpet, med langsiktige mål om å forbedre pasientens funksjonsnivå, helsestatus og opplevelse av livskvalitet. Intensivsykepleieren koordinerer og samarbeider om rehabilitering, og bidrar til å forbedre tjenestene ved å dele kunnskap om langsiktige pasientresultater (NSFLIS, 2023). Til slutt vektlegges intensivsykepleierens funksjon og ansvar overfor pårørende, noe som innebærer å legge til rette for et behandlingsmiljø som tar hensyn til både pasientens og familiens behov (NSFLIS, 2023).

Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Vitenskapsteori er et bredt begrep som dekker alle aspekter av vitenskap. Feltet har utviklet seg i takt med at vitenskapen har fått en mer sentral rolle i samfunnet. Økende vektlegging av forskning i det moderne postindustrielle samfunnet har ført til en etterspørsel etter forskningsresultater innen stadig flere områder. Derfor er det viktig å nøye undersøke hvordan vitenskap, samfunnsutvikling og politikk påvirker hverandre gjensidig (Thornquist, 2018, s. 11).

Det er viktig å tydeliggjøre ens paradigme eller teoretiske perspektiv i vitenskapelige tekster som artikler eller masteroppgaver. Dette er fordi ens paradigme representerer ens forståelseshorison, og det danner grunnlaget for hvordan dataene samles inn, behandles og analyseres. Å presentere ens paradigme er en essensiell del av forskningsprosessen, da det legger grunnlaget for videre arbeid og gir rammer for tolkning av resultater. Å være klar over ens eget paradigme er derfor en forutsetning for å vurdere gyldigheten av forskningen (Nilsson, 2007).

Empirisme og positivismen

Empirisme er en filosofisk og epistemologisk tilnærming som legger vekt på erfaring og sanseoppfatning som hovedkilder til kunnskap. Empirister argumenterer for at all menneskelig forståelse og kunnskap utledes fra direkte eller indirekte observasjoner og erfaringer av den ytre verden. Erfaring blir betraktet som noe som kan bli konstatert, observert og målt (Thornquist, 2018, s. 21-22). Filosofen August Comte (1798-1857), regnes som grunnleggeren av positivisme, og hans mål var å frembringe lovmessigheter i samfunnet på samme måte som naturen har sine lovmessigheter i fysikken (Thornquist, 2018, s. 22).

Ifølge empiristene kan vitenskapelig kunnskap kun oppnås gjennom metodisk observasjon av virkeligheten. Empiristene legger vekt på at all kunnskap er begrenset til sansedata, og betrakter subjektet som en passiv mottaker av sanseintrykk (Thornquist, 2018, s. 50).

Denne studien søker å få frem sanseerfaringer til intensivsykepleiere, og igjennom intervjuer frembringe empiriske data om hvordan intensivsykepleiere ivaretar unge selvskadende pasienter.

Hermeneutikk

Hermeneutikk omhandler spørsmål relatert til forståelse og tolkning. Opprinnelig refererte begrepet til kunsten å fortolke eller læren om fortolkning. Innenfor hermeneutikken utforsker man essensen av forståelse, diskuterer utfordringer knyttet til betingelsene for å forstå og tolke, og utforsker metoder for å oppnå meningsfylte og gyldige tolkninger. Med andre ord kan hermeneutikk veilede oss i å forstå vår egen forståelse og måten vi gir mening til verden rundt oss (Thornquist, 2018, s. 167). En sentral skikkelse i hermeneutikken er Hans-Georg Gadamer, en tysk filosof fra 1900-tallet. Gadamer understreket viktigheten av å forstå at tolkning alltid skjer innenfor en bestemt horisont og at det er umulig å frigjøre seg fullstendig fra ens egen forforståelse. Å sette seg "på spill", som Gadamer påpeker, handler om å erkjenne ens egne fordommer og forforståelse. Dette skyldes at å være bevisst om ens forforståelse kan åpne opp for muligheten til ny innsikt eller forståelse (Nilsson, 2007).

Under transkriberingen av intensivsykepleierens opplevelse av sanseerfaringer, ble de skriftlige dataene tolket hermeneutisk, noe som fikk frem en dypere forståelse av fenomenet selvskading på en intensivavdeling.

Forskningsøk

I studien er det søkt i følgende databaser for å finne eksisterende forskning til dette prosjektet: Pubmed, CHINAL og Oria. Artikler er plukket ut etter relevans for min problemstilling. Det har dukket opp forslag for lignende artikler og artikler er plukket ut gjennom referanselister og forfatternavn. Søkelyset er rettet mot den nyeste forskningen, med en grense på ti år. I tillegg er det søkt på nett etter lover, forskrifter og retningslinjer av relevans for temaet via Google. For å finne tidligere forskning på fenomenologien rundt selvskading er det benyttet et PICO-skjema (vedlegg 1) for å samle søkeordene systematisk (Helsebiblioteket, 2021). Søkordene ble funnet igjennom å benytte MeSH-terms, og et systematisk søk ble gjennomført.

Søkeord: «Adolescent», «young adult», «self-harm», «suicidal», «suicid attempt*» «suicid idiation», «intensive care unit», «ICU*», «intensive care ward*», «Critical care», «critical care nurse*», «intensive care nurse*».

Bindeordene "AND" og "OR" er brukt for å redusere antall treff og øke sjansene for å finne mest mulig relevant forskning. «*» er brukt for å få med forskning som kan ha en annen ending på søkeordet, for eksempel «intensive care nurse*», som vil si at endingen «intensive care nurses» kommer med.

Etter at resultatkapittelet var ferdig, ble det foretatt nytt søk med søkeord som kan forklare noen av funnene som ble gjort i studien.

Hovedsøket har vært på forskning som var under ti år gammel, men det er også valgt å inkludere noe litteratur som er over ti år gammelt etter funn i referanselister. Inkluderte artikler har vært begrenset til forskning som er foretatt på sykehus i land som har noenlunde lik kultur som i Norge, det vil si Vest- Europa, Nord- Amerika og Australia.

3 Metode

Problemstillingen er ute etter intensivsykepleierens erfaringer og med det er en kvalitativ metode hensiktsmessig.

Kvalitativ design

Kvalitative metoder er inngangsporten til felter der vi ønsker å frembringe ny kunnskap om menneskelige erfaringer, holdninger, tanker, forventninger og motiver (Malterud, 2017, s. 31). Gjennom kvalitativ forskning kan det oppnås en forståelse for menneskers opplevelses- og meningsverden innenfor det sosiale og kulturelle systemet. Det kvalitativ forskning kan bidra med, er å øke forståelsen for sammenhenger, mønstre og særtrekk innenfor feltet jeg ønsker å forske på (Thornquist, 2018, s. 244). For at studien kan gjøre relevante distinksjoner, er det en forutsetning å bli kjent med hva intervjuobjektet mener, tror og vet igjennom beskrivelse av væremåte, handlinger og utsagn (Thornquist, 2018, s. 244). Mennesket er et unikt forskningsobjekt da mennesket kan beskrive, tolke og reflektere over egne handlinger, samt sette dette i sammenheng med samfunnet vi lever i. Mennesket blir da et forskningsobjekt som kan kommentere og svare på spørsmål forskeren stiller (Thornquist, 2018, s. 244-248).

Forskeren og forsknings-«objektet» blir fremhevet som en hermeneutisk relasjon, et subjekt til subjekt relasjon. Slike relasjoner har tidligere blitt drøftet og begreper som dobbel hermeneutikk er brukt. Med dette menes at begge aktørene har sin egen oppfatning av verden de lever i med sine egne oppfatninger og fortolkninger. Forskeren skal så omskrive intervjuobjektets fortolkninger til et vitenskapelig språk ved å bruke teoretiske begreper (Thornquist, 2018, s. 246). Jeg har egen erfaring fra valgte tema, og i kvalitativ metode er det viktig at jeg klarer å balansere mellom det å være deltaker og det å være tilskuer. Jeg skal overskride informantenes beskrivelse av deres virkelighet, ved å se og si noe de selv ikke kan se og si, da mitt hovedbidrag er analysen (Thornquist, 2018, s. 247). I min rolle er det viktig for meg å vite at uansett hvordan jeg velger å innhente data, vil jeg som person påvirke forskningsprosessen og resultatene. Jeg har lest gjennom datasamlingen og sett etter mønstre, og de mønstrene jeg har sett er en speiling på min evne og kunnskap til å gjenkjenne disse. Mønstrene har blitt tolket og identifisert i forhold til relevante teoretiske perspektiver (Thornquist, 2018, s. 244). Jeg har arbeidet aktivt for å gjøre studien

transparent der jeg har redegjort for min innflytelse, min rolle og for hva dette har betydd for tolkningen og konklusjonene jeg har kommet frem til (Thornquist, 2018, s. 245).

Jeg innhentet data ved hjelp av individuelle intervjuer.

Utvalg og rekruttering

I denne studien har jeg intervjuet fire intensivsykepleiere, som jobber ved et større sykehus i Norge. Målet var å intervjuer begge kjønn, for å få frem flere perspektiver på problematikken, men i denne studien er det bare kvinner som er intervjuet. Det er intervjuet to intensivsykepleiere med under fem års erfaring og to med over ti års erfaring. Dette valget var bevisst, da forskningsartikkelen til Saunders et al., i 2012 påpeker at sykepleiere i en psykiatrisk avdeling var mer positive til de som selvskadet jo lenger erfaring de hadde. Det motsatte viste seg i somatiske sykehusavdelinger, der sykepleiere med lang erfaring var mer negative til denne pasientgruppen, enn de med kortere erfaring (Saunders et al., 2012, s. 211).

Jeg ønsket å se om det er noen data som kan berike og frembringe ny kunnskap på feltet selvskading blant unge jenter under 18 år som er innlagt på en intensivavdeling. Malterud (2017) sier at målet er å frembringe fortellinger om opplevelser og erfaringer som kan gi empiriske data til en kvalitativ studie (Malterud, 2017 s. 141).

Semistrukturert individuelle intervjuer

Det er brukt et semistrukturert intervju i denne studien. Målsetningen var å utarbeide en kort intervjuguide med syv spørsmål og ønsket med dette at intervjuobjektet skulle prate utfyllende og fritt om emnet (Polit & Beck, 2021, s. 518). I studien ble det valgt individuelle intervjuer, fordi det var ønsket å gi deltakeren tid og rom til å hente frem erfaringer som kunne være avhengig av trygghet for å deles. Målet var gjennom intervjuet å få frem fenomener som har flere sider, dilemmaer og motsigelser som ville frembringe ny innsikt om problemstillingen (Malterud, 2017, s. 69-70). Jeg var bevisst på at min bakgrunn som helsearbeider og nyutdannet intensivsykepleier ikke skulle påvirke det som ble fortalt og det som ble forstått under intervjuene (Malterud, 2017, s. 44-46).

Forberedelse til intervju

Intervjuguide

Boken til Kvale og Brinkmann (2015) ble benyttet for å lage intervjuguiden. Det var ønskelig å få frem spontane beskrivelser fra hendelser fra intensivsykepleierne som ble intervjuet og ikke deres spekulasjoner og forklaringer på hvorfor noe fant sted. Dette ble utført ved spørsmålene som ble stilt og oppfølgingsspørsmålene til svarene. (Kvale & Brinkmann, 2015, s.164-165).

Under et masterseminar holdt av USN, ble det innhentet tilbakemeldinger fra medstudenter på utkastet til intervjuguide og noen små endringer ble foretatt.

Pilotintervju

Intervjuguiden ble testet på en intensivsykepleier for å lære meg å sette meg inn i intervjurollen, samt for å sjekke om den tilmålte tiden ville holde. Det var også nødvendig å prøve ut den tekniske løsningen til nettskjema.no og diktafonen (Universitetet i Oslo, 2017). Intervjuguiden ble endret noe ved at spørsmålene fikk en annen rekkefølge og intervjuet ble estimert til å ta cirka rundt 20 minutter.

Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet av informantene ble gjennomført på arbeidsplassen deres, i kjente trygge omgivelser. Intervjuene ble foretatt ansikt til ansikt, og de var i uniformen sin. Dette for at det kan være lettere for de som blir intervjuet å bli minnet på at de er intensivsykepleiere og at de holder seg til emnet med sykepleiefaglige øyne (Polit & Beck, 2021).

Intervjuet startet med en kort presentasjon av min rolle og om studiens hensikt. Samtykkeskjemaet ble gjennomgått med informantene og underskrift innhentet (Henricson, 2012, s.169). Deretter ble tidsrammen som var til rådighet presentert og det ble gitt informasjon om at det ville bli stilt noen oppfølgingsspørsmål i løpet av intervjuet.

Informantene fikk vite at intervjuguiden ville bli fulgt og at jeg kom til å lytte det meste av tiden. Det ble gitt informasjon om at informantene kunne avbryte intervjuet når som helst, og at det er lov å ikke svare på noen spørsmål hvis dette følte for inntrengende (Henricson, 2012, s. 170). Intervjuet ble gjort over to dager. Etter første dag fjernet jeg spørsmål nummer seks, der det ble spurt om de brukte noen skåringsverktøy på denne pasientgruppen? Dette var ikke noe som ble gjort på denne intensivavdelingen, da psykiatrisk helsepersonell hadde ansvar for dette. Spørsmålet ble derfor endret til om de hadde noen undervisning om denne gruppen pasienter på deres intensivavdeling? (vedlegg 3).

Forskningsetikk

En intervjuundersøkelse gjennomgår vanligvis syv faser: Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Gjennom hele prosessen ble forskningsetiske hensyn tatt, inkludert det å innhente informert samtykke, vurdering av konsekvensene for deltakerne, og sikre konfidensialitet. Hensikten var å sikre at studien ble utført på en etisk ansvarlig måte og at resultatene var pålitelige (Kvale & Brinkmann, 2015).

I studien er det brukt veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (Prop. 121 S (2018-2019)). Etter å ha forankret studien hos lederen ved den aktuelle intensivavdelingen, ble lokalt personvernombud kontaktet etter at studien fikk godkjenning fra Kunnskapssektorens tjenesteleverandør Sikt (Sikt, 2024), med referansenummer 491307. Gjennomføringen av studien fulgte de etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) samt retningslinjene for personvern og sikker lagring av forskningsdata ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN, 2018). Deltakerne ga et informert samtykke, og alle fikk et skriftlig informasjonsskriv som beskrev bakgrunnen, formålet og deres rettigheter i forbindelse med deltakelse. Det ble understreket at deltakerne kunne trekke seg fra studien når som helst uten negative konsekvenser. Deltakerne signerte et samtykkeskjema før intervjuene startet. Transkripsjonene ble anonymisert og håndtert gjennom Nettskjema.no (Universitetet i Oslo, 2017).

Samtykke

Når det gjelder informert samtykke, var det lagt stor vekt på å forsikre meg om at informantene deltok frivillig. Dette innebar at det ble gitt detaljert informasjon om studien og

hvordan deltakelsen ville foregå. Målet var å sikre at de tok bevisste beslutninger om å delta i studien, med full forståelse av studiens formål (Kvale & Brinkmann, 2015).

Informantene ble gitt et skiftelig samtykkeskjema, der de fikk informasjon om at de kunne trekke sin deltagelse hvis de skulle angre seg. I tillegg ble dette gjentatt muntlig i starten av hvert intervju (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Registrering og lagring av lydopptak

Data ble håndtert, lagret, og destruert i tråd med gjeldende lov og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger (De forskningsetiske komiteene, 2010). Det ble brukt Universitetet i Sørøst-Norge (2018) sin retningslinje for oppbevaring av data, for å sikre at informantene forble anonyme og universitetets regler på dette feltet ble fulgt (USN, 2018).

Analysen av datamaterialet

Innholdsanalyse anvendes i utstrakt grad i kvalitativ forskning der transkriberte intervjuer er utgangspunktet for analysen. I kvalitativ forskning inkluderer innholdsanalysen aspekter som validitet og reliabilitet, som er viktig for å sikre nøyaktigheten og påliteligheten av analysen (Lyhne & Bjerrum, 2021). Lyhne og Bjerrum (2021) påpeker at en bør ha en god forståelse for begrep og metoden før en foretar innholdsanalyser og at det kan være utfordrerne for nybegynnere. Derfor har Lyhne og Bjerrum (2021) presentert en tilnærming de anbefaler førstegangsforskere, da den kan oppleves enklere for nybegynnere (Lyhne & Bjerrum, 2021). I studien har jeg derfor valgt å bruke innholdsanalysen til Lyhne og Bjerrum (2021), da jeg er en førstegangsforsker.

I Lyhne og Bjerrums (2021) artikkel gis det en praktisk beskrivelse av hvordan man utfører en induktiv innholdsanalyse gjennom fire trinn. Den praktiske beskrivelsen er oppsummert i følgende trinn: 1) få en overordnet forståelse av materialet; 2) identifiser og ekstraher meningsenheter med analytiske spørsmål; 3) komponer meningsenheter i beskrivende kategorier; og 4) knytt kategoriserte meningsenheter sammen for å utvikle forklarende temaer (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Da innholdsanalysen ble utført, var det nødvendig å vurdere om resultatene var gyldige, pålitelige og transparente (Lyhne & Bjerrum, 2021). Forutsetninger var sikkerhet om at analysen var grundig og nøyaktig, og at resultatene hadde blitt de samme hvis analysen ble gjentatt. Studien har som mål å vise åpent hvordan analysen er gjennomført og resultatene tolket (Lyhne & Bjerrum, 2021). For å sikre dette, analyserte min veileder et av intervjuene. Meningsenheter som ble funnet og understreket falt innenfor mine allerede ekstraherte meningsenheter og dette bidrar til å styrke kvaliteten og troverdigheten til funnene som er presentert senere i studien.

Induktiv innholdsanalyse er valgt for denne studien ettersom den starter med å utforske dataene uten noen forhåndsdefinerte teorier eller kategorier i tankene (Lyhne & Bjerrum, 2021). For studien innebar det å identifisere mønstre, temaer og sammenhenger basert på analysen. Dette gjorde det mulig å utvikle nye forståelser for intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter under 18 år som har selvskadet, basert på disse dataene. På denne måten ledet empirien, eller dataene, tolkningen med utgangspunkt i studiens problemstilling (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Med utgangspunkt i de individuelle intervjuene ble det identifisert meningsenheter som er deler av dataene som bærer en betydning eller tema. Deretter ble de samlet i kategorier som oppsto naturlig av seg selv, slik det er beskrevet av Lyhne og Bjerrum (2021). Disse kategoriene var ikke forhåndsbestemt, noe som betyr at de ble utviklet med utgangspunkt i de transkriberte intervjuene. Til slutt ble de kategoriserte meningsenhetene tolket for å forklare, eller gi et svar på problemstillingen til studien. Denne tilnærmingen til innholdsanalyse, som beskrives her, bygger på den humanvitenskapelige tradisjonen (Lyhne & Bjerrum, 2021). Den er preget av en fortolkende tilnærming til det man søker kunnskap om, forankret i Gadammers filosofiske hermeneutikk hvor teksttolkning er spesielt viktig, og hvor forhåndsantagelser fungerer som forutsetning for forståelse (Alnes, 2020).

Hvordan den induktive innholdsanalysen er utført

Analysen innebar fire trinn:

1 Få en oversikt over det transkriberte materialet fra intervjuene

I dette trinnet ble det transkriberte materialet lest, og jeg fikk et overblikk over materialet. Notater ble gjort med umiddelbare refleksjoner, undringer, overraskelser, paradokser og tematikker i en loggbok som anbefalt. Ut ifra disse notatene ble det utviklet analyse spørsmål som skulle hjelpe meg å finne meningsenheter i datamaterialet (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Tabell 1. Det er overenstemmelse mellom forforståelse, hensikt og analyse spørsmål

Forforståelse(antagelse)	Hensikt(formål)	Analysespørsmål
Har hatt to pasienter som har klart å ta selvmord Jeg tror ikke vi kan hjelpe alle. Mennesker er sin egen lykkes smed. Alle kan få hjelp hvis de virkelig vil ha det. Psykiatrisk sykdom er todelt, gener og oppvekstrelatert. Folk som oppfører seg annerledes, gjør meg usikker men nysgjerrig. Minste motstandsvei behandling på avdeling.	Undersøke intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter under 18 år som har selvskadet, på en intensivavdeling.	Kan intensivsykepleiere beskrive noen fellestrekk som unge selvskadende jenter under 18 år har? Har intensivsykepleiere noen erfaringer om at unge jenter under 18 år som selvskader har blitt en kasteball i helsevesenet? Kan intensivsykepleiere oppleve at profesjonaliteten blir utfordret av å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader.

<p>Jeg synes synd på foreldrene, men også nysgjerrig i forhold til oppveksten til barnet.</p> <p>Gjentatte innleggelse gjør meg frustrert, betyr det at de ikke får den hjelpen de trenger, og det avdekker et hull/mangel i samfunnet vi lever i?</p> <p>Jeg klarer å skille mellom private tanker og det å være profesjonell.</p> <p>Jeg har jobbet på akuttmottak, psykosepost, sikkerhetspost og DPS.</p>		<p>Har intensivsykepleiere en behandlingsstrategi for å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader?</p> <p>Har Intensivsykepleiere noen erfaring og tanker om årsaken til at unge jenter under 18 år har gjentatte innleggelse på intensivavdelinger?</p> <p>Har intensivsykepleiere nok kunnskap til å ivareta denne pasientgruppen?</p>
---	--	---

2 Identifisere og ta ut meningsenheter med analysespørsmål.

Meningsenheter, som menes med det manifeste innholdet, som er direkte uttalelser fra intervjuobjektene, ble trukket ut fra teksten i forhold til studiens problemspørsmål som identifiseres gjennom analysespørsmålene. Setningene som er trukket ut ble samlet i et nytt dokument som ble analysens datamateriale. Det var viktig å sortere disse dataene for å kunne gå tilbake i teksten å finne ut hvem av intervjuobjektene som sa dette, og i hvilken sammenheng dette ble sagt (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Tabell 2. Det er en overenstemmelse mellom formål, analysespørsmål og meningskondensering.

Formål (hensikt)	Analysespørsmål	Meningsenhet	Meningskondensering
Undersøke intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge intensivpasienter under 18 år, som har selvskadet.	Kan intensivsykepleiere oppleve at unge jenter under 18 år som selvskader blir en kasteball i helsevesenet?	<p>Så er det jo på en måte, det som gjerne er litt sånn utfordrende videre, det er liksom sånn, ok, hva nå? Du vet de kommer inn igjen om to dager, så psykiatrien vil ikke ha de.</p> <p>Du sender de hjem, eller til den boligen de bor i, altså de går faktisk hjem også, så drikker de frostvæske eller hva de gjør for noe, og så kommer de inn igjen. Så det er sånn, jeg synes faktisk det er det som er mest utfordrende.»</p>	<p>Utfordrende å vite at de innlegges på nytt.</p> <p>Behandling mellom sektorer.</p>

Relabiliteten i kodingen styrkes igjennom at meningsenhetene er de samme om det er to forskjellige personer som gjennomfører analysen, eller at man noterer ned hva som er enighet og hva som er uenighet i analysen, og kommer frem til hva denne enigheten eller uenigheten består av (Lyhne & Bjerrum, 2021).

3 Kategorisere identifiserte meningsenheter som er innholdsmessig relatert til studienes problematikk

I prosessen med å kategorisere meningsenheter kan dette i følge Lyhne og Bjerrum (2021) sammenlignes med å løse et puslespill. I studien startet det med å identifisere en «hjørnebrikke», en meningsenhet som umiddelbart kunne kobles til andre meningsenheter med lignende tema og innhold relatert til problemstillingen. Deretter ble de meningsenhetene som passet sammen samlet og det ble sett etter flere som kunne legges til. Noen ganger begynte letingen på et annet sted med en annen meningsenhet for å finne flere som passet sammen. Denne prosessen fortsatte inntil alle meningsenhetene var gruppert i kategorier som kunne passe til problemstillingen (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Deretter ble de viktigste meningsenhetene oppsummert i beskrivelser, slik at innholdet kom frem i hver kategori. Beskrivelsene innebar å kombinere innholdet fra flere meningsenheter på et høyere abstraksjonsnivå. Disse sammenstillingene skal ikke bare være nøyaktige gjengivelser av informantenes informasjon, men også gjenspeile samspillet mellom meningsenhetene. Kategoriene utgjorde funnene i undersøkelsen og dannet grunnlaget for presentasjonen av hovedfunnene (Lyhne & Bjerrum, 2021).

4 Tverrgående analyse av de kategoriene meningsenhetene har sortert seg i, som kan svare på problemstillingen til studien.

I den siste delen av den analytiske prosessen blir det forklart av Lyhne og Bjerrum (2021) hvordan man besvarer den opprinnelige problemstillingen man hadde og ønsket å finne svar på gjennom studien. Dette ble gjort ved å gjennomføre en bred analyse av de kategoriserte meningsenhetene. I denne delen av analysen går man tilbake til formålet(hensikten) og antagelsene(forforståelsen), og reflekterer over dem med kunnskapen som er oppsummert i kategoriene. I den brede analysen ble nøkkelaspektene i kategoriene sammenlignet, for å forstå hvordan problemstillingen kunne forklares. Hensikten var snarere å være kritisk til min

egen forståelse og utfordre den ved å sammenligne antagelsene med de kategoriserte meningsenhetene. Dette bidro til å utvikle en pålitelig tolkning som er basert på empiri (Lyhne & Bjerrum, 2021).

Undersøkelsen ble gjennomført trinnvis, men var allikevel ikke en lineær prosess. Det var en prosess der forforståelsen dannet grunnlag for nye forståelser. Dette skapte en ny forståelse og analysen fortsatte til materialet ikke ga noen ny erkjennelse, som i en sirkulær prosess (Lyhne & Bjerrum, 2021).

4 Resultater

Hensikten med denne studien var å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter som har selvskadet. For å kunne kategorisere de manifeste og latente meningsenhetene ble stegene i innholdsanalysen til Lyhne og Bjerrum (2021) fulgt og seks analysespørsmål til datamaterialet stilt basert på min forforståelse og oppgavens hensikt for å kunne besvare studiens problemstilling (Lyhne & Bjerrum, 2021). Analysespørsmålene blir hovedkategoriene i dette resultatkapittelet, og datamaterialet med ekstraherte meningsenheter er sortert under disse.

Kan intensivsykepleiere beskrive noen fellestrekk som unge selvskadende jenter under 18 år har?

Har intensivsykepleiere noen erfaringer om at unge jenter under 18 år som selvskader har blitt en kasteball i helsevesenet?

Kan intensivsykepleiere oppleve at profesjonaliteten blir utfordret av å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader?

Har intensivsykepleiere en behandlingsstrategi for å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader?

Har Intensivsykepleiere noen erfaring og tanker om årsaken til at unge jenter under 18 år har gjentatte innleggelser på intensivavdelinger?

Har intensivsykepleiere nok kunnskap til å ivareta denne pasientgruppen?

Disse spørsmålene gjorde at det kom frem noen latente kategorier: **Holdninger, behandling mellom sektorer og tvang.**

Fellestrekk

Kan intensivsykepleiere beskrive noen fellestrekk som unge selvskadende jenter under 18 år har?

Intensivsykepleiere beskriver her hvordan denne pasientgruppen som regel kommer til intensivavdelingen alene og at det er sjelden noen å kontakte av pårørende. De fleste blir beskrevet som at de bor på institusjon:

«De som har vært her nå i det siste har kanskje ikke så mye kontakt med foreldrene, eller de er gjerne i en barnevernsinstitusjon» (Informant 2)

«De fleste kommer stort sett inn fra en eller annen sånn institusjon hvis du skjønner. De fleste av de bor på boliger, eller fosterhjem. Egentlig så bor de ofte på boliger.» (Informant 3)

«For å si det sånn, noen av de pasientene kommer fra institusjoner, og da kommer de ofte alene. Der er det jo ikke noen med. Ganske mange av de kommer faktisk fra institusjoner» (Informant 1)

Intensivsykepleierne beskrev at disse unge jentene har et komplisert forhold til foreldrene, at noen har foreldre som ikke involverer seg, og at de ikke kommer fra et typisk velfungerende hjem:

«Så er det jo ofte et komplisert forhold til disse foreldrene, det er jo gjengangere som kommer, og da skjønner man jo at det kan være en historie. Men i forhold til pårørende eller verge, så føler jeg ikke at jeg ser de pårørende mens de er hos oss. Så det er bare pasienten, eller følge fra bolig, men de har vi heller ikke så mye å gjøre med» (Informant 4)

«Det er ikke ofte de, altså det er ikke, det er, jeg skulle til å si, det er ikke mange som kommer fra et helt sånn møblert hjem, skulle jeg til å si. Altså det, det er sjeldent. (Informant 3)

«Stort sett ofte, med de vi har å gjøre, føler jeg ikke at foreldrene er involvert. Jeg opplever, jeg synes ikke det er sånn kjempeutfordrende med foreldrene, men det er ofte barnevernet som følger.» (Informant 2)

Hvis foreldrene hadde vært med, har intensivavdelinger rutiner på å følge opp pårørende:

«Vi er veldig gode til å ivareta foreldrene, hvis det er noen som følger med dem. Men ofte er de ikke med, skjønner du? Nei, da er pasienten alene her.» (Informant 1)

Når disse pasientene kommer med pårørende, verge, eller følge fra institusjon blir det beskrevet av intensivsykepleierne at dette fungerer godt, men i den akutte fasen der man må legge pasienten på respirator må pårørende vente på gangen:

«Noen har med foreldrene, det er litt vanskelig å svare på om det er bra eller ikke bra, for ofte er det i den akutte fasen pasienten kommer, og så kommer det an på hvor dramatisk det er, om de må på respirator, da må foreldrene sitte på utsiden, før de får kommet inn.» (Informant 1)

«Så det hender at noen av dem kommer i følge med dem, eller de er på en måte til stede der, og det fungerer ofte også greit hvis de har noen fra barnevernet der.» (Informant 2)

En av intensivsykepleierne kommer med en mulig forklaring på hvorfor noen av foreldrene ikke følger pasienten til sykehuset:

«Ofte så ser jeg ikke pårørende, fordi pasienten ikke vil at de skal komme inn til sykehuset, og at de blir markert rød i journalsystemet. Mange vil ikke gi ut opplysninger om at de ligger her.» (Informant 4)

Intervjuene avdekket at intensivsykepleiere trur at foreldre ikke orker å følge opp barna sine etter gjentatte innleggelse på sykehuset:

«Jeg tror det kommer litt an på hvor langt ute i forløpet de er. Hvis de akkurat har begynt å selvskade seg, så er det veldig sånn at da er foreldrene på og med, det er helt klart. Men så blir de jo litt oppgitt over hele systemet, så det flater litt ut etter hvert. Faser seg ut etter hvert, for de orker ikke.» (informant 3)

Intensivsykepleierne beskriver at selv om de i starten har vært engasjerte, erfarer de at foreldre kan bli oppgitte over systemet. Dette leder oss inn på neste kategori:

Kasteball

Har intensivsykepleiere noen erfaringer om at unge jenter under 18 år som selvskader har blitt en kasteball i helsevesenet?

Informantene beskriver at det er et press om at disse pasientene skal fort ut av avdelingen, de må enten sendes hjem eller så må psykiatrien overta behandlingsansvaret:

«Bare få de ut. Gjør det viktigste. Avslutte den infusjonen, få på de klær og gi de en Cola og få de ut» (Informant 4)

«men ofte gjelder det bare å få de ut, og få dem ut» (informant 4)

«Nei, nei, det er veldig sånn, dette er oss og nå er han ferdig her, og så skal det her, altså, akutt ambulant team vurdere om de skal innlegges eller ikke, og så, nei vel, de skal ikke innlegges, nei vel, ok, men jeg skal sende han hjem nå. Eller hun, stort sett hun.» (Informant 2)

Behandling mellom sektorer

Flere av intensivsykepleierne beskriver samarbeidet med psykiatrien som utfordrende da man ser pasienten i forskjellige faser, og at intensivsykepleieren vil se pasienten i den akutte fasen, mens de fra psykiatrien vil se pasienten når de er stabilisert og fått samlet seg. Intensivsykepleierne erfarer at behandlingen disse pasientene får fra psykiatrien er mangelfull.

«Synet på pasienten føler jeg ofte er veldig forskjellig, at vi ser pasienten på en helt annen måte enn de fra akutt teamet ser pasienten. Så jeg føler det er en kamp om hva som skal skje videre.» (Informant 4)

«Jeg synes jo at generelt sett, hvis du tenker på alle disse innleggelsene, så synes jeg kanskje ikke at de får så mye av, at de setter seg ned og prater med dem, og de bare skrives ut til institusjonen igjen, og når de er ferdige her så går det bare rett ut igjen.» (Informant 1)

«Så er det jo på en måte, det som gjerne er litt sånn utfordrende videre, det er liksom sånn, ok, hva nå? Du vet de kommer inn igjen om to dager, så psykiatrien vil ikke ha de, du sender de hjem, eller til den boligen de bor i, altså de går faktisk hjem også, så drikker de frostvæske eller hva de gjør for noe, og så kommer de inn igjen. Så det er sånn, jeg synes faktisk det er det som er mest utfordrende.» (informant 2)

Intensivsykepleierne forteller at de ikke med på det psykiatriske tilsynet og ikke får innsyn i hva som blir sagt eller bestemt videre for pasienten:

«Teamet som skal komme dagen etterpå når de er våkne, har en time til å finne ut om de er suicidale eller ikke. Vi har egentlig ikke tid til å sitte å snakke så lenge heller mange ganger, med dem, for vi har kanskje flere pasienter. Og vi vet ingenting om den samtalen, vi får ikke lest det skrivet, vi får ikke hørt noe.» (Informant 1)

«Det er jo ofte bare å få dem ut, og få dem videre. Og det er kanskje ikke vår jobb, å kjempe for dem videre, men jeg føler det er litt vår jobb for at de ikke skal komme tilbake. For det er jo vi som ser de i den sårbare situasjonen.» (Informant 4)

«den videre veien, den blir sånn, ikke veldig god. Du vet at det skjer igjen. Og skjønner at de kan jo ikke låse de inne heller, at de blir ikke nødvendigvis bedre av det.» (Informant 2)

Intensivsykepleierne etterspør innsikt i behandlingen for denne pasientgruppen og hva som blir gjort:

«Så kommer dette teamet, og jeg vet ikke helt hva de gjør, men de gir jo ikke noe sånn behandling, at de blir stilt litt til ansvar, at noen kommuniserer med dem sånn at de på en måte kanskje forstår at, er det andre måter du kan deale med dette her på?» (Informant 1)

En av intensivsykepleierne reflekterer over behandlingen som blir gitt til denne pasientgruppen, og har noen tanker om hvorfor det er som det er:

«Kan de ikke fjerne alt som er med batterier nede i akuttmottaket, akuttrommet eller i den boligen? For de får lurt i seg de batteriene overalt. Jeg blir kjempeoppgitt inne i meg, og tenker, er det mulig? Kan dere ikke passe bedre på dem? Ofte har de med pleiere fra boligen der de bor, og de jobber jo etter sine egne retningslinjer. Hvis de skal være sånn politi for dem i boligen, vil de jo ikke bo der. Så det er nok vanskelig.» (Informant 3)

Intensivsykepleierne forteller at legene sier at disse pasientene vil stoppe på et tidspunkt med selvskadingen:

«De mener at etter hvert så vil denne, eller ikke selvskadingen, men i hvert fall intoksene, at de som kommer inn som intoks, de med gjentatte innleggelser med intokser, så vil dette etter hvert avta. Det er det de sier disse barnelegene til oss» (Informant 1)

«de sier det, at det stopper på et tidspunkt, og det er mulig det gjør, for det er klart at de vi har sett opp igjennom plutselig, så er de ikke her mer.» (Informant 1)

«Så et tilfelle der ei som hadde gjort det veldig mange ganger, den siste gangen, da fikk hun rett og slett alvorlig leversvikt. Ingenting å gjøre. Da klarte hun det. Da hadde hun sikkert vært inne ni ganger.» (Informant 1)

Det at de stopper å komme er jo ikke alltid positivt, som det siste sitatet viser oss, der den ene av gjengangerne klarte å ta selvmord, og det bringer oss inn på neste kategori:

Profesjonalitet

Kan intensivsykepleiere oppleve at profesjonaliteten blir utfordret av å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader.

Intervjuene avdekket at intensivsykepleiere må bruke all sin kompetanse og at det er krevende når en ivaretar disse pasientene når de ikke vil samarbeide:

«Det hadde jo vært sånn, du har samarbeidet greit med henne, der merker du jo at du bruker jo hele deg selv, og prøver å få de til å samarbeide, så kjenner du at det er litt ekstra krevende med dem, når de ikke alltid samarbeider kjempegodt.» (Informant 2)

Informantene forteller om at det er flere kategorier av de som selvskader, og nevner på forberedelsene som skal til når den agiterte pasienten kommer inn:

«Det er så mange kategorier her. Når det gjelder den agiterte pasienten, må du virkelig tenke, de kan lage veldig mye oppstyr, og hvis du hører hun er agitert når hun kommer, så må du jo bare få alt ut av rommet. Du må tenke i forkant med å rydde ut sakser og alt som man kan skade seg med inne på rommet. Jeg har sett noen tilfeller der de tar scopledninger og krøller rundt halsen og drar til. Det må være to pleiere, og du må vekter nummeret klart, eventuelt egen linje til politiet, hvis det skal bli sånn.» (informant 1)

«Hvis de blir helt rabierte, hvordan er planen for hvordan vi skal en håndtere dette, gjerne i sammen med legen, for de vet ofte hvem de er, så er det å ha nødvendige ressurser i avdelingen tilgjengelig, med kollegaer, sykepleiere og gjerne ikke plassere de på et rom som er langt vekk, og folk, gjerne med umiddelbar tilgjengelighet til medisinerrommet, og til folk. Har liksom ikke lyst til å ha de alene på et isolat med lukkede dører, å nei.» (Informant 2)

Når en intensivsykepleier ivaretar en pasient som er agitert så kan man føle på redsel, i intervjuene kommer det frem hvordan intensivsykepleiere beskriver hvordan unge jenter på 16 år som kan være store og sterke:

«Noen ganger er jeg redd. Ved de store og sterke er jeg det. Du kan være 16 år og stor og sterk. Så jeg har jobbet her ganske mange vinterner, så det som skjer da er at vi eventuelt må intubere, for de er en fare for seg selv, og de har tatt medikamenter som gjør at vi er nødt.» (Informant 1)

Det er beskrivelser i intervjuene av unge jenter som ville dyr som ikke vil være inne på intensivrommet, ikke vil bli tatt på og at de bare vil gå rundt i avdelingen:

«For hun var akkurat som et dyr i bur. Hun ville ikke være på et rom alene, hun ville ikke at vi skulle ta på henne, hun ville bare gå rundt omkring. Og så hadde hun selvfølgelig tatt tabletter for å ta sitt eget liv da. Det er sånne, med de historiene som gjør veldig inntrykk.» (Informant 3)

Dette leder oss til delkategorien tvang.

Tvang

Intervjuene avdekket at intensivsykepleiere erfarte at de måtte vurdere eller benytte tvang for å ivareta unge jenter som selvskadet. I intervjuene ble dette beskrevet som at de må bruke tvang på noen pasienter som er spesielt beskyttet mot dette da de er barn. Det ble også beskrevet at dette med tvang, er personavhengig og at det kommer an på hvilken lege som har vakt og hvor mange intensivsykepleiere det er tilgjengelig.

«Ja, en må på en måte ta høyde for at det kan være en aggressiv pasient. For det hender av og til at de er det, selv om de var bevisstløse da de kom inn, de kan gå fra GCS 3 til GCS 15, på kort tid, og hvis de har en historie med aggresjon, så er det greit å ta dette med i vurderingene på forhånd. Ja og hva har du lov å gjøre i forhold til det med tvang, hvilken lege og hvor mange personer er tilgjengelige til å hjelpe.» (Informant 2)

Respondentene kom med konkrete eksempler på situasjoner som kunne utløse behovet for tvang, blant annet når pasienten bare ville gå rundt på avdelingen, og ikke ville være på intensivrommet. Dette kunne medføre at de som intensivsykepleiere ble tvunget til å bruke tvang:

«For du har i utgangspunktet ikke lov til å holde dem, selv om de springer rundt på avdelingen.» (Informant 1)

Disse pasientene som har tatt en overdose på Paracet for eksempel, må ha opptil 24-timers behandling, da forteller intensivsykepleierne at det er tryggere og lettere å legge de på respirator enn å prøve å samarbeide, eller holde de fast.

«Det er tryggere å intubere dem enn å prøve å ta... Enn å holde de der. For de må ha 24-timers behandling, ikke sant. For du ser utslag på EKG. Så det er veldig mye... Altså, de skaper mye, mye trøbbel generelt disse her. Vi bruker masse energi, mye personale, og det er sånn...» (Informant 1)

Informantene beskriver ikke bare konkrete situasjoner, men konkrete pasienter som kommer gjentatte ganger til intensivavdelingen etter selvskading. Flere informanter nevner dermed samme pasient som har diabetes, og hun bruker sin grunnsykdom til å selvskade, og dermed bli lagt inn på intensivavdelingen:

«Det er to av disse jentene som har vært her nå. Hun ene, hun tar kjempehøye doser av insulin, så hun har diabetes, men den gir hun fullstendig xxxx i, og hun andre svelger batterier. Og de kommer inn, og de kommer inn, og de kommer inn, og de kommer inn.» (Informant 3)

Tvang var ikke bare situasjonsbetinget, men det ble laget forhåndsskrevne føringer for hvordan pasienter skulle behandles om de ble lagt inn på nytt og hvordan tvang inngikk i tilnærmingen til behandling:

«Ei som tok Paracet, i hvert fall to ganger i uken, der lagde de nesten en egen prosedyre, de involverte etisk råd, og det var masse folk involvert, og så kom det faktisk på intranett, hvordan vi skulle håndtere de her. Akkurat de her.» (Informant 2)

Noen pasienter er man nødt til å ha til å samarbeide slik at man kan gjennomføre en 24-timers behandling, og hvis de motsetter seg dette må det brukes tvang. Intensivsykepleiere forteller at de bruker kjemisk tvang, da i form av medisiner:

«Disse pasientene kan ikke bare sendes noen plass, de er nødt til å ha Ekg-overvåkning, de er nødt til å eventuelt pumpes, de er nødt til å få kull. Ja. Hvis de prøver å motsette seg, hvis de prøver å motsette seg, så må vi jo bare det. Det er helt nødvendig at de samarbeider. Så noen ganger må man bare få gitt de noe, og da gir vi ofte Ketamin, sånn at du får roet de ned, så intubert de. Legge de på maskin i 24 timer, eller hva det er for noe.» (Informant 1)

«Det var sånn veldig vekslende samarbeid, det kunne være sånn at de måtte være tre stykker fra barnevernet på henne da hun var utagerende, så vi måtte holde henne, sedere og legge på respirator, for at hun skulle gå med på behandling, eller gå med på, det var jo tvangsbehandling.» (Informant 2)

Intervjuene avdekket at det er personavhengig hvilken behandling disse pasientene får, fordi intensivsykepleiere og leger som jobber på en intensivavdeling har forskjellig tilnærming til denne pasientgruppen. Disse pasientene blir sett oftere på intensivavdelinger, og det er innfallsvinkelen til legen som bestemmer hvordan intensivsykepleieren skal hjelpe pasienten:

«Vi er jo så forskjellige vi som jobber her i forhold til disse pasientene, og det jo en pasientgruppe som blir sett oftere. Det er en medisinsk lege vi har, og en anestesilege som har sittet i etisk råd, de to har en annen innfallsvinkel når disse pasientene kommer inn. Når de er på jobb, så er det en drøm. For da gjør vi jo alt for

å hjelpe dem, for å få dem til riktige instanser, og for å gjøre det vi kan, for den hjelp de trenger videre.» (Informant 4)

«Jeg føler at jeg veldig sjeldent møter den aggressive pasienten, det har noe med holdninger å gjøre tror jeg.» (Informant 4)

Dette fører oss inn på deltemaet holdninger.

Holdninger

Intervjuene avdekket at intensivsykepleiere må jobbe med egne holdninger når de skal ivareta denne pasientgruppen, det ble brukt beskriver som frustrasjon, oppgitthet og irritasjon:

«Så kjenner jeg at jeg forbereder meg, det er jo det, jeg må på en måte jobbe med meg selv og min holdning om at jeg ikke er negativ, man må bare tenke at jeg får faktisk betalt for å gjøre dette i alle fall.» (Informant 2)

«Det gjør noe med deg, du kjenner kanskje at du blir litt sånn irritert, men ikke at det har noe med den intensivsykepleien jeg utøver» (Informant 1)

«Du blir veldig oppgitt. Når de kommer inn igjen. Noen har vært her to eller tre ganger i uken, og sånn som noen av de gjør, så må de ligge på respirator for å gi de behandling. Det er jo kjemperessurskrevende og slitsomt..» (Informant 3)

«Det er veldig sånn negative holdninger når de kommer inn, både fra legene og sykepleierne synes jeg. Det er jo en holdning all over, og når jeg møter andre fra andre steder, det er liksom den samme holdningen til disse pasientene overalt.» (Informant 4)

Intensivsykepleiere retter ikke disse følelsene mot pasienten, men mot systemet i helsevesenet som gjør at de kan komme tilbake på intensivavdelingen, og at de ikke blir fanget opp av andre sektorer:

«Du blir så oppgitt over systemet, at det ikke er et bedre system for å fange de opp. Ja, vi har jo mange i årets løp i hvert fall, det er veldig mange gjengangere. Det synes jeg er litt sånn, det kjenner jeg mentalt selv. Det går kanskje mer sånn på autopilot, du gjør bare det du skal, hvis du skjønner» (Informant 3)

«jeg husker første gang jeg traff på dette fenomenet, jeg visste ikke at det var så utbredt og at folk drev å gjorde sånn her. Jeg husker jeg ble kjempeoverrasket over at de var så bevisste på at de ville gjøre det, eller kunne gjøre det, og jeg ble jo sånn at jeg brant skikkelig for det. Nå kjenner jeg jo at når de kommer igjen to ganger i uken, så er det litt mer sånn at jeg må jobbe med mine egne holdninger, at jeg ikke skal bli irritert for at de gjør dette her» (Informant 2)

Intervjuene avdekker at intensivsykepleiere kan kvie seg for å ta imot denne pasientgruppen som har gjentatte innleggelser grunnet selvskading:

«men det kommer en liten sånn, aaah er det meg som skal ha hu? Altså du blir sånn lei, det kan jeg si. Men det har egentlig ikke noe å si, for en må jo bare ta de imot og hjelpe de.» (Informant 1)

Alle informantene har beskrevet hvordan de har jobbet med sin holdning ovenfor jenter som selvskader, men de som selvskader som en gruppe, da nevnes ikke personlige navn, men de bruker kallenavn:

«hun vanlige» (Informant 2), «Paracet-jentene» (Informant 1) «hun faste kunden» (Informant 2) «ei ny sånn ei, hun der med diabetes» (Informant 3)

Å være profesjonell

Når intensivsykepleieren får pasientansvaret for unge jenter under 18 år som har selvskadet, frembringer intervjuet fyldige historier om hvordan de ivaretar denne pasientgruppen på en profesjonell måte.

«Jeg reagerer med at jeg blir veldig oppgitt. Jeg kan jo ikke bli irritert på pasienten når hun kommer inn, så når folk kommer inn, så får de jo den behandlingen de skal.»
(Informant 3)

«altså, en må virkelig tenke, og prøve å manne seg opp selv, ja, til å være profesjonell. Da må man si til seg selv at, nå må jeg bare gå inn i det, og tenke at alle skal ha lik behandling, og du skal være profesjonell» (Informant 3)

«jeg er jo veldig opptatt av at vi ikke møter de negativt, jeg tenker jo at her, her er det viktig å se pasienten og se hvem de er.» (Informant 4)

«jeg prøver jo å behandle de som alle andre, og at de på en måte kan ha et lite lyspunkt. At jeg skal på en måte ikke være, gi de en dårlig behandling eller omsorg. Nei, det gjør jeg ikke.» (Informant 2)

Respondentene nevner også på at arbeidsmiljøet har noe å si på hvordan disse pasientene blir ivaretatt. Kollegaer hjelper hverandre når det oppleves som vanskelig å skulle ivareta en pasient som en hadde en dårlig opplevelse ved forrige innleggelse:

«Vi har jo et veldig godt miljø her, så vi får luftet ut oss og sånn, med ting vi blir frustrerte på. Det en kan gjøre er å være assistent for eksempel, og si at det ble så dramatisk sist, så da kan jeg ta en pause.» (Informant 1)

Dette leder oss inn i neste hovedkategori:

Behandlingsstrategi

Har intensivsykepleiere en behandlingsstrategi for å ivareta unge jenter under 18 år som selvskader?

Intervjuene frembringer at det ikke er noen føringer på hvordan intensivsykepleieren skal ivareta denne pasientgruppen, det er opp til hver enkelt intensivsykepleier å bruke sin egen strategi til å få til et pleier- til pasientforhold:

«Jeg trenger jo ikke å gjøre alt for, eller på en måte gi et signal om at atferden deres ved å ta den Paraceten og sånne ting er positivt, det trenger en i hvert fall ikke. Men du trenger jo ikke være uhøflig og sånn, en gjør jo ikke det, men en kan være nokså nøytral, og en trenger jo ikke å lage sånn kjempegod stemning med tull og tøys, det gjør en ikke, som en kanskje gjør med andre pasienter.» (Informant 2)

«Det er jo ikke sånn at jeg diller og daller, og gjør alt de ber om, men jeg er nok ikke så veldig streng. Jeg er klar og tydelig, men omsorgsfull.» (Informant 4)

Intensivsykepleierne forteller at disse pasientene er så forskjellige når de blir lagt inn på intensivavdelingen, så behandlingen må tilpasses hvert enkelt tilfelle:

«Det kommer an på så mye. Er hun sovende, er hun våken, er hun agitert? Men det går an som intensivsykepleier, det går an å sette seg ned på sengekanten og snakke med de før de blir sendt hjem igjen.» (Informant 1)

Intervjuene frembringer at intensivsykepleieren ofte må starte pleier til pasientforholdet varsomt og at en kan forvente at en blir avvist i begynnelsen av forholdet:

«ofte vil de gjerne ikke at vi skal ta på dem, det sier de ofte, eller ikke røre dem, eller komme oss vekk. Men så hender det jo da i det forløpet, at du klarer å si at jeg skal hjelpe. Det at du forklarer at du skal hjelpe og gjøre ditt beste og alt det der. Det er interessant, eller det er gøy, eller det er... Hvis du får det til så er det veldig moro, eller veldig... Jeg vil jo gjerne hjelpe de. Det vil jeg jo alltid. Noen ganger får man kjempegod kontakt med dem» (Informant 3)

intensivsykepleiere forteller om en vellykket strategi, der en bruker kommunikasjon aktivt for å se om det går an å skape et tillitsforhold. En av strategiene som blir beskrevet, er å gi pasientene forutsigbarhet på hva som skal skje med dem, når de er på intensivavdelingen:

«Man kan aldri begynne å ta på dem, for mange vil ikke bli tatt på. Så du må liksom bare føle deg frem sånn kommunikasjonsmessig. Se om du får noe respons, fortelle hvem du er, prøve å skape et tillitsforhold. La det gå på deres premisser, tenker jeg alltid. Jeg sier alltid: Nå er det sånn, og jeg har fått beskjed om at du har gjort sånn og

sånn, så da må vi hjelpe deg, for når du kommer til sykehus, så er vi pliktige til å hjelpe deg. Klokken er sånn og sånn, nå ligger du i senga her, så skal vi bare hjelpe deg. Så da skjønner de hvorfor vi står så på.» (Informant 1)

Når intensivsykepleieren skal ivareta denne pasientgruppen blir det beskrevet av respondentene at en må balansere mellom det å gi og det å ikke gi for mye, en må balansere mellom pasientens sårbarhet og pasientens ønske om oppmerksomhet:

«Så er det den der, jeg må på en måte, jeg vet de er veldig sårbare i den situasjonen de er, sårbare for avvising, og så er det kanskje oppmerksomhet de søker, så det er den balansen mellom å gi, og ikke gi for mye» (Informant 2)

En av Intensivsykepleierne forteller hvordan hun gjør dette, hun gjør det man skal gjøre og det man gjør med alle pasientgrupper, men gir ingen ekstraserivice:

«De skal få mat og de skal få drikke, og som jeg sier, de skal få det alle andre får, sånn i forhold til nødvendig pleiebehandling, ja. Men ikke, ikke sånn veldig mye mer. Ikke ekstraserivice.» (Informant 2)

En av respondentene kommer inn på neste kategori, der hun forteller om hvorfor noen av disse jentene kommer inn på sykehus, gjentatte ganger:

«Vi har hatt noen jenter som driver å svelger batterier, og da er strategien at de skal egentlig ikke ha så veldig med oppmerksomhet. For det er jo noen ganger oppmerksomheten som gjør at de kommer inn her med de batteriene» (Informant 3)

Erfaringer

Har Intensivsykepleiere noen erfaring og tanker om årsaken til at unge jenter under 18 år har gjentatte innleggelser på intensivavdelinger?

Intervjuene frembringer at intensivsykepleiere har erfaring med pasienter som sier at de gjør dette for å få omsorg, oppmerksomhet og at denne atferden skyldes omsorgssvikt tidligere i livet.

«Vi har ei det står skrevet i journalen at hun vil, hun gjør dette for å få dialyse, og hun vil på respirator, for da får hun omsorg. Det er noen som er helt tydelige på at de gjør det for å få omsorg» (Informant 2)

*«for de kommer jo ofte for å få denne omsorgen, for å bli sett, tenker man.»
(Informant 4)*

«Stort sett, tror jeg, i hvert fall 95%, så er det ting som har skjedd i barndommen som har gjort at de ikke klarer å håndtere det, og så baller det på seg med diverse diagnoser. Det er alltid en grunn til det, hvorfor de har blitt sånn. For i bunn og grunn så er det jo mye misbruk, og det er jo ikke pasientenes sin feil.» (Informant 1)

En av intensivsykepleierne forteller hvordan ei med diabetes bruker sin grunnsykdom til å bli susete i hodet og da blir innlagt på sykehuset:

«Det virker ikke som hun vil dø, men problemet, det hun gjorde, var jo at hun hadde diabetes, så hun påførte seg selv ketoacidoser, sikkert to-tre ganger i uken, og kom inn med dette, fordi hun likte den følelsen, av å være susete i hodet.» (Informant 2)

Sosiale kår blir nevnt av en av intensivsykepleiere som årsak til atferden:

*«også er det jo noen som ikke har... mange av dem har jo ikke oppegående foreldre, eller det er jo egentlig ganske få da, for de bor enten i fosterhjem, eller flytter fra den ene boligen til det andre, og da er det jo gjerne med personale fra der de bor.»
(Informant 3)*

Intervjuene frembringer at intensivsykepleiere unnskylder pasientenes atferd, basert på den antatte hovedgrunnen til at pasienten har denne problematikken:

«Det er jo veldig vanskelig. For mange har en historie med overgrep eller andre ting som har gjort at de har kommet i denne situasjonen.» (Informant 3)

«Du vet bakgrunnen til disse pasientene. Så det hjelper å skjønne at det rett og slett, dette er ikke pasientens feil. Faktisk ikke.» (Informant 1)

«altså, de har det veldig vondt, det vet jeg, og da er det sånn, at man på en måte tenker at, nå er de akkurat her hos meg, og da kan vi prøve å gjøre det beste ut av det.» (Informant 2)

En av respondentene med lang erfaring på en intensivavdeling, nevner at det har blitt en markant økning av dette fenomenet i de siste ti årene, og at hun ikke kan huske at dette problemet eksisterte før:

«Nå har jeg vært her i xx år og det er jo blitt en markant økning de siste ti årene. Jeg tror, jeg kan ikke huske at vi hadde dette før. Det kan jeg ikke huske.» (Informant 3)

En av intensivsykepleierne kommer inn på temaet sosiale medier, og hva dette gjør med dagens unge, med tanke på press og vellykkethet. Hun forteller også om grupper for de som skader seg selv på internett, der de snakker sammen og på en måte konkurrerer om å bli innlagt, samt at dette gir en sosial mestring og følelsen av å være vellykket i gruppen de tilhører:

«Jeg vet at det er veldig mye på sånn der Darknet med selvskading, og det er på en måte litt populært, og at du blir hyllet. Det er så mye med ungdommen som man på en måte en ikke helt kan følge med på. Det føler jeg er veldig annerledes nå, på grunn av alt som skrives og blir målt på sosiale medier. De har et mye, mye større press, og du må være vellykket og suksessfull. Så da føler de kanskje at de er vellykket i dette her, og de driver med dette i forhold til den gruppa.» (Informant 1)

Sosiale medier og det man leser på nett er overdrevet ifølge intensivsykepleieren og at de unge ikke skjønner konsekvensene av hva de gjør:

«Det er også litt sånn hauset opp, de leser mye forskjellig og de ser at, å ja, så lett, vi kan bare gjøre sånn, men de vet ikke konsekvensene av det de gjør. (Informant 1)

Kunnskap

Har intensivsykepleiere nok kunnskap til å ivareta denne pasientgruppen?

Intervjuene frembringer at intensivsykepleiere opplever at de trenger mer kunnskap om selvsikring og psykiatri for å kunne ivareta denne pasientgruppen. De forteller at det ikke er undervisning om dette under videreutdannelsen og ikke på arbeidsplassen:

«Jeg føler jo av og til at jeg kommer litt til kort, i forhold til at jeg ikke har en psykiatriutdanning, og jeg har jobbet med masse forskjellige pasienter, med det er bare av og til at jeg føler at det mangler noe. Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal håndtere, liksom atferden på dem. Det er tilnærmingen til de, ja, det synes jeg kan være utfordrende» (Informant 2)

«ingen undervisning på min intensivstudie, og heller ikke fra jobb. Mer undervisning, for de kommer og kommer, og hver gang så er det like negativt.» (Informant 4)

«Undervisning, nei aldri. Det kan jeg ikke huske. Det tror jeg ikke vi har.» (Informant 2)

En av intensivsykepleierne kommer inn på hva hun tenker kunne vært en løsning for å håndtere denne mangelen på kunnskap, hun mener at det burde være noen ressurspersoner på intensivavdelingen med utvidet kunnskap om hvordan håndtere denne pasientgruppen på best mulig måte:

«Kanskje noen egne sykepleiere som har litt, eller kanskje ressurspersoner på de her, som er, som har litt utvidet kunnskap om hvordan du skal håndtere atferden til de, på best mulig måte.» (Informant 2)

5 Diskusjon

Denne studiens hensikt var å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med å ivareta unge jenter under 18 år, som er innlagt på en intensivavdeling etter en selvskadende hendelse. I diskusjonsdelen har jeg analysert de kategoriserte meningsenhetene bredt, jeg gikk tilbake til hensikten og forforståelsen, reflekterte over kunnskapen som er kategorisert. Dataene er koblet på tvers av kategoriene og det ble undersøkt hvordan problemstillingen kunne forklares. Dette i tråd med Lyhne og Bjerrums (2021) fjerde steg i innholdsanalysen (Lyhne & Bjerrum, 2021). Gjennom analyseprosessen der jeg brukte min forforståelse til å stille datamaterialet seks analysespørsmål, kom det frem noen temaer som jeg mener det er verdt å se nærmere på. Jeg har valgt å beskrive og samle kategoriene i fem overskrifter i denne diskusjonsdelen, som skal besvare problemstillingen til studien.

Fellestrekk

Intensivsykepleierne i denne studien forteller om unge jenter som kommer til intensivavdelingen etter selvskading uten at noen av foreldrene følger med dem. Intensivsykepleierne erfarer at det i noen tilfeller, er barnet som ikke ønsker at pårørende skal kontaktes.

Å ha et barn som selvskader påvirker hele familien, og en studie av Ferrey et al. (2016) har sett på hvordan familien blir påvirket av at barnet selvskader. Etter at foreldrene oppdager at barnet selvskader, kommer det beskrivelser av sjokk, sinne og fornektelse. Senere reaksjoner er stress, angst og følelsen av skyld og i noen tilfeller utviklet foreldrene depresjon. Det ble også rapportert om sosial tilbaketrekking på grunn av stigmaen selvskading bringer med seg (Ferrey et al., 2016).

Observasjonene av intensivsykepleierne i denne studien, kan forklare hvorfor noen unge jenter blir innlagt på sykehus uten at de pårørende er med. Problemet kan være at noen foreldre kan bli så påvirket av barnets selvskading at de rett og slett har blitt syke av det, utviklet depresjon, sosial tilbaketrekning og ikke ønsker å være med. Dette problemet belyses i studien til Evans (2005) der de ser at de som selvskader opplever at de får best hjelp av venner, og de med gjentagende selvskadingsatferd har færre støttepersoner å

henvende seg til, fordi deres problemer har drevet deres støttekilder bort (Evans et al., 2005).

Intensivsykepleierne beskrev også familiesituasjonen til disse unge jentene som lite velfungerende og preget av omsorgssvikt, og at de fleste bodde på institusjon, boliger eller fosterhjem.

Studier som har sett på dette har resultater som gir støtte til kliniske og teoretiske modeller som antyder at barn som vokser opp uten å få bekreftet sine følelser, ikke validerende familiedynamikker, kan føre til selvkritikk og depressive symptomer, som igjen øker risikoen for selvskading (Baetens et al., 2015; Campos et al., 2010). Spesifikt viser mangel på oppfattet følelsesmessig støtte fra foreldrene, både er direkte assosiert med selvskading og indirekte knyttet til det igjennom depressive symptomer. Et manglende støttende familiesystem kan øke risikoen for selvskading i ungdomsårene (Baetens et al., 2015). Depresjon blant ungdom forutsier selvskading, og mangel på foreldrestøtte er en av årsakene til depresjon, så det betyr at mangel på støtte fra foreldrene kan føre til depressive symptomer, og barnets måte å håndtere disse følelsene på, er å skade seg selv (Baetens et al., 2015). Tilsvarende kan ungdoms oppfatning av svært kritiske og lite støttende foreldre føre til at ungdom utvikler høye, kritiske krav til seg selv, der prestasjonene må være feilfrie for å unngå kritikk, skuffelse og avvisning (Baetens et al., 2015). Denne usunne selvkritikken forsterker depressive symptomer, og selvskadingen blir en måte å håndtere negative følelser på. Omvendt er deprimerte ungdommer i faresonen for å tolke seg selv og andre negativt og forholdet mellom disse faktorene er sannsynlig toveis (Baetens et al., 2015; Beck, 2008).

Intensivsykepleierne i denne studien har oppfatninger om denne pasientgruppen som samsvarer med hva som er resultatene i annen forskning. Disse unge jentene som selvskader virker til å ha kaos i sin følelsesverden og intensivsykepleierne beskriver at de oppfatter at disse problemene kan ha startet som et resultat av omsorgssvikt.

Holdninger og profesjonalitet

Intensivsykepleierne i denne studien uttrykte at det kan forekomme negative holdninger mot disse pasientene blant de som skal behandle dem, og følelser som frustrasjon, oppgitthet og irritasjon kan oppstå.

Disse kommentarene kan stemme med Clarke et.al (2014) sine funn blant sykepleiere som jobbet i akuttmottak, der det blir beskrevet at de følte seg ukvalifisert til å ivareta pasienter med mentale problemer (Clarke et al., 2014) Man kan jo spørre seg om det er mangelen på kunnskap som gjør at slike holdninger utvikles og at dette utfordrer profesjonaliteten. Definisjonen på å være profesjonell vil si at en intensivsykepleier er profesjonell innen faget sykepleie da intensivsykepleieren har en samfunnsnyttig funksjon og autorisasjon på universitetsnivå. Kunnskapen intensivsykepleieren innehar vil fremstå som taus kunnskap i måten arbeidet blir utført på i praksis (Smeby & Gundersen, 2024). Det er i møte med pasientene denne profesjonaliteten blir satt på prøve. En kvalitativ studie av Byrne et. al (2021) undersøkte unge som hadde selvskadet sin opplevelse av interaksjonen med helsearbeidere på et akuttmottak. Deltakerne i studien beskrev hvordan de følte seg stigmatisert, og hvordan deres unge alder gjorde at helsepersonell tok selvskadingen mindre alvorlig. Deltakerne hadde blitt fortalt at «dette bare var en fase» og at de kom til å «vokse fra» selvskadingen (Byrne et al., 2021). Intensivsykepleierne i denne studien forteller at de har blitt fortalt av barnelegene at de unge som selvskader kommer til å vokse dette av seg. Forskere har uttrykt bekymring for denne troen da man antyder at selvskading er en normal del av utviklingen. Selvskading kan i mange tilfeller avta, men det er forbundet med en rekke negative langtidskonsekvenser, der man ser fremtidig selvskading, selvmord, arbeidsledighet og rusmisbruk (Byrne et al., 2021). Dataene i studien til Byrne et. al (2021) fikk frem noen innebygde motsetninger, der deltakerne oppfattet at personalet trodde at det å søke hjelp var et lavere tegn på risiko for selvmord, og som resultat oppfattet deltakerne at mer farlig selvskading var nødvendig for å få tilstrekkelig oppmerksomhet fra personalet (Byrne et al., 2021).

Resultatene på intensivsykepleieres holdninger og kompetanse i denne studien viser at det ikke er mye som har forandret seg siden studien til Clarke et.al (2014) for ti år siden. Det virker som behandlingen av disse unge jentene er basert på den enkeltes sykepleiers kunnskaper om emnet og ikke nødvendigvis basert på retningslinjer eller lokale prosedyrer. En av intensivsykepleierne i denne studien fortalte om hvordan hun måtte bruke all sin kompetanse når hun skulle ivareta denne pasientgruppen, og at det var slitsomt når man ikke fikk til et samarbeid med pasienten. Intensivsykepleierne fortalte også om hvordan de var preget av redsel når de behandlet pasienter som tidligere hadde brukt vold. Usikkerhet og redsel blant intensivsykepleiere samt holdninger i form av irritasjon og frustrasjon, kan muligens være et uttrykk for at man ikke vet hvordan man skal behandle disse pasientene. Dickinson og Hurley (2012) påpeker at et kunnskapsløft om selvskading blant sykepleiere er

det som må til for å endre holdningene til pasienter som selvskader (Dickinson & Hurley, 2012) Pasienter som har gjentatte innleggelse, noen ganger på samme dag som de ble skrevet ut, kan bygge opp under eller forsterke allerede utviklede negative holdninger, da intensivsykepleieren er nødt til å bruke mye tid og ressurser på denne gruppen, og at dette kan føles borkastet. Dette kan være skummelt da negative holdninger blant sykepleiere kan gjøre at unge jenter gjennom behandlingen får økt risiko for selvskading (Dickinson & Hurley, 2012)

Det kom frem i denne studien at intensivsykepleiere setter interne kallenavn på disse pasientene, merkelapper som «hun vanlige» «Paracet-jentene» og «ei ny sånn ei» er navn som er brukt.

I en kvalitativ studie av Dickinson et al. (2009) kommer det frem at det å gi pasienter merkelapper som hun med «personlighetsforstyrrelse», «oppmerksomhetssøkere», «manipulative» og «vanskelige pasienter» er en dømmende måte å møte pasienten på. Dette kan igjen føre til en nedbrytning av den terapeutiske kommunikasjonen med disse pasientene (Dickinson et al., 2009; Dickinson & Hurley, 2012). Konseptet terapeutisk kommunikasjon baserer seg på positiv ladet respekt i sykepleier til pasient forholdet og innebærer en målorientert, fokusert dialog mellom sykepleier og pasient som er spesielt tilpasset pasientens behov (Dickinson & Hurley, 2012). I all kommunikasjon må det være to parter som er aktivt involvert, når denne involveringen svikter og den kan tilskrives sykepleier som ikke viser positiv respekt, og ikke ser pasienten som et unikt og verdifullt menneske kan det oppstå kommunikasjonsproblemer (Dickinson & Hurley, 2012). Dette kan igjen forsterke utfordringene knyttet til å gi omsorg og pleie til en pasient som selvskader. De negative effektene av dårlig kommunikasjon med pasienter kan vare lenge og forverre problematferd hos pasienter som selvskader (Dickinson & Hurley, 2012). Ungdom som selvskader forventer å bli irettesatt for å sløse med tiden til sykepleieren, og de føler på redsel, skyld og skam, samtidig som de kan ha vanskeligheter med å sette ord på årsaken til selvskadingen (Dickinson & Hurley, 2012). Det har vist seg at pasienter som selvskader verdsetter å få tid til å diskutere sine problemer og vanskeligheter med helsepersonell (Dickinson & Hurley, 2012). Samtidig har intensivsykepleieren blitt gitt klare føringer på å begrense kommunikasjonen og oppmerksomheten til denne pasientgruppen. Denne kommunikasjonsbegrensningen kan være noe av årsaken til at intensivsykepleiere opplever det å ivareta unge jenter som selvskader som utfordrende.

Behandlingsstrategi

Intensivsykepleiere i denne studien forteller at det ikke er noen føringer på hvordan en skal ivareta unge jenter som selvskader, det blir beskrevet at man ikke gir noen ekstra service med god stemning, og at en må balansere mellom pasientens sårbarhet og pasientens ønske om oppmerksomhet.

I en artikkel fra Sykepleien (2023) blir denne problematikken sett på, på en akuttpsykiatrisk sengepost. Pasientgruppen var i hovedsak jenter mellom 14-17 år, og henvisningen til jentene var som oftest depresjon og suicidalitet med selvskadingsproblematikk (Dirdal, 2023). Artikkelforfatterens erfaring er at selvskadingsproblematikk kan utløse negative holdninger blant helsepersonell og forståelsen av hvordan en skal ivareta pasienten kan skape splittelse. Enkelte har forståelsen for at selvskadingen er grunnet behovet for oppmerksomhet, og ved økt oppmerksomhet vil selvskadingen forsterkes. Dette er også grunnen til at noen kaller disse jentene manipulative, da de bruker selvskadingen for å oppnå et mål, for eksempel å ikke bli utskrevet fra en avdeling de liker å være på (Dirdal, 2023). Artikkelforfatteren mener at det er viktig for helsepersonell å forstå selvskadingens funksjon for den enkelte pasienten og dette kan oppnås ved at pleieren tidlig i relasjonen prioriterer å gi pasienten tid (Dirdal, 2023). Dette forteller en av intensivsykepleierne i denne studien som en vellykket strategi, der hun bruker kommunikasjon og forutsigbarhet for å bygge en pleier til pasientforhold. En pasient som føler seg misforstått og oversett kan øke risikoen for selvskading. Hvis pasienten også er deprimert, der hun tolker seg selv negativt og pleierne negativt (Baetens et al., 2015), er det ikke mye som skal til for at kommunikasjonen bryter sammen. Det er en myte at selvskading handler om oppmerksomhet, og hvis helsepersonell tror på dette, eller får føringer på å unngå unødig oppmerksomhet til pasientene, kan pasienten havne i en ond sirkel der pasienten fortsetter selvskadingen fordi vedkommende føler seg avvist og alene (Dirdal, 2023). Det er viktig å møte denne pasientgruppen helhetlig, for å få en forståelse av hva som er problemet til pasienten og grunnen til selvskadingen, Larsen et.al (2023) kaller denne metoden for funksjonell forståelse (Larsen et al., 2023). Behandlingsstrategier som har vist seg å være hjelpsomme er, medfølelse, humor, glede, fleksibilitet, sympati og mildhet (Dirdal, 2023).

Artikkelen til Dirdal (2023) viser at intensivsykepleiere trenger opplæring og undervisning for å kunne ivareta unge jenter som selvskader forsvarlig på en intensivavdeling. På mange

områder møter intensivsykepleierne pasientene motsatt av hva som blir gjort på en akuttpsykiatrisk sengepost (Dirdal, 2023). Det er forventet av intensivsykepleiere internasjonalt, nasjonalt og lokalt arbeider kunnskapsbasert, selv om det til tider kan utfordre den daglige arbeidsflyten (Hanssen, 2018). Intensivsykepleiere må ta seg tid til å heve sin kompetanse på dette området, også med tanke på intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse der undervisning, fagutvikling og forskning er forankret i en kunnskapsbasert tilnærming (NSFLIS, 2023). Det er en stor forskjell på en intensivavdeling og en psykiatrisk avdeling, med tanke på tid til behandling, og hvor mottakelig pasienten er for å ta imot behandling. Dette viser at det er et behov for et samarbeid på tvers av sektorer, for å finne en behandlingsstrategi som kan være fordelaktig for disse barna på en intensivavdeling.

Erfaringer

En intensivsykepleier i denne studien peker på at sosiale medier er en av årsakene til at unge jenter selvskader mer nå enn tidligere og at det er en intern konkurranse mellom jenter som er i grupper som omfatter selvskading.

Det er studier som har undersøkt dette fenomenet, og prøvd å forklare sammenhengen mellom ungdoms selvskading og eksponering for selvskading blant jevnaldrende. Det er foreslått to hypoteser, den ene er seleksjonseffekt, der ungdom som er utsatt for selvskading, har en tendens til å omgås andre med samme sårbarhet (Doyle et al., 2015). Den andre hypotesen er modellerings- eller smitteeffekt, hvor ungdom begynner med selvskading etter å ha observert at jevnaldrende gjør dette (Doyle et al., 2015). Det er få studier som skiller mellom disse to effektene, det finnes bevis som tyder på at begge mekanismene kan spille en rolle i forståelsen av ungdoms selvskading (Deliberto & Nock, 2008; Doyle et al., 2015; Prinstein et al., 2010; Rosen & Walsh, 1989; You et al., 2013). En norsk studie av Tørmoen et al (2023) har sett på sammenhengen mellom selvskading og bruken av sosiale medier. Sosiale medier har hatt en stadig større innflytelse på hvordan unge mennesker sosialiserer seg, og nesten alle bruker sosiale medier i en viss grad, for det meste er dette uproblematisk eller til og med fordelaktig, men det finnes klare skadelige effekter når det gjelder selvmordsatferd (Appleby et al., 1997; Mars et al., 2015). Sosiale

medier kan gi brukeren støtte og gi en følelse av samhold (Biernesser et al., 2020; Marchant et al., 2017, 2021). Det kan også skape en normalisering av selvskading og en studie har funnet at 20% av de som rapporterte om selvskading, klart fortalte at de var påvirket av sosiale medier til å utføre selvskadingen (O'Connor et al., 2014; Tørmoen et al., 2023).

Erfaringen til intensivsykepleieren i denne studien, der hun mener at sosiale medier er en av årsakene til økningen av selvskading blant unge, kan vise seg å stemme til en viss grad. Intensivsykepleieren som kom med denne uttalelsen har lang erfaring på en intensivavdeling og har utallige timer med erfaringskunnskap på dette temaet, der det kan tenkes at hun har bygd sin erfaring på samtaler med innlagte unge jenter under 18 år som har selvskadet og hennes livserfaring generelt. Dette i tråd med hvordan Gdamer forklarer hvordan vår forståelse blir utviklet ut ifra tidligere forforståelse (Nilsson, 2007) Hvis det er sånn at det er konkurranse innad i grupper på sosiale medier, som har fått pasienten til å bli lagt inn på intensivavdelingen, er dette noe som kan være vanskelig for intensivsykepleieren å forholde seg til. Da blir problemet todelt, de som ønsker hjelp med sitt problem og de som ikke ønsker det, fordi hjelpen ikke er hovedgrunnen til at de selvskader, men oppmerksomheten de får på sosiale medier er det.

Intensivsykepleierne i denne studien beskrev hvordan de har erfart at ei ung jente selvskadet ved å bruke sin grunndiagnose diabetes for å bli innlagt på intensivavdelingen, til tider flere ganger i uken. I en studie av Eckert et al., (2021) har de prøvd å se på sammenhengen mellom diabetes type 1 og selvskading. De har ikke klart å finne en klar sammenheng, men funnene de har presentert viser at cirka en tredjedel av ungdom med diabetes type 1 har lavere livskvalitet grunnet stresset sykdommen gir. I studien kommer det frem at 45% av jentene med diabetes type 1 også led av depresjon, og de poengterte at det kan være vanskelig for ungdom å gå fra å være barn med diabetes til å håndtere dette selv som unge voksne. Studien sammenlignet diabetes type 1 og selvskading og ser at de som selvskader ofte er deprimerte, de mener så at det er en sammenheng mellom type 1 diabetes og de som selvskader da de med diabetes ofte lider av depresjon (Eckert et al., 2021).

Kunnskapen som kan trekkes ut fra funnene er at intensivsykepleierne kan få en merkunnskap i forholdet mellom depresjon og sammenhengen til selvskading. Barn med diabetes kan ha det vanskelig og er spesielt sårbare når det kommer til depresjon og nedsatt livskvalitet. Hvis årsaken til selvskadingen utspringer fra depresjonen grunnsykdommen gir, kan disse pasientene muligens hjelpes ved en annen tilnærming (Buchberger et al., 2016).

Kunnskap

Intensivsykepleiere etterspør mer kunnskap for å ivareta denne pasientgruppen, og de etterspør mer undervisning på arbeidsplassen. De med under fem års erfaring etterspør undervisning om den psykiatriske pasienten på videreutdanningen til intensivsykepleie.

I den nye forskriften som intensivsykepleieutdanningen er bygget på, som tredde i kraft 01.01.2022, nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, nevnes ikke psykiatriske pasienter eller det psykiatriske feltet. Ved en nærmere titt på paragrafene kan det tenkes at det psykiatriske feltet er inkludert: paragraf 7. Klinisk observasjons-, vurderings-, beslutnings- og handlingskompetanse – kunnskap under punkt i: `Har avansert kunnskap om pasienters og pårørendes opplevelser, reaksjoner og behov ved akutt og eller kritisk sykdom i et aldersperspektiv` og under punkt j: `Har avansert kunnskap om barn som pasienter og pårørende med deres særegne behov og rettigheter` (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). Barn og pårørendes behov er nevnt flere ganger i forskriften, men det er lite som er nevnt om barn som er i behov for intensivbehandling på grunn av psykisk sykdom, selvskading eller selvmordsforsøk i forskriften som legger grunnlag for intensivutdanninger i Norge (Forskrift for nasjonal retningslinje for intensivsykerpleierutdanningen, 2022). Det kan derfor variere hva intensivsykepleiere har fått av formell opplæring i å ivareta barn/unge som har behov for intensivbehandling etter selvskading og selvmordsforsøk. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom, 2023), undersøker alvorlige hendelser og alvorlige forhold ved helse og omsorgstjenester for å bedre sikkerheten til pasienter, pårørende og ansatte i helseforetakene. Ukom kom med en rapport i 2023 der de så på somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og kom med noen anbefalinger. Hovedbudskapet i denne rapporten som kan tenkes å også omhandle unge jenter som selvskader, er at rammebetingelsene for behandling i somatikk og psykisk helsevern er svært forskjellige, og det er sentralt for forsvarlig og helhetlig ivaretagelse av pasienter at det er god samhandling (Ukom, 2023). Det påpekes også at det er en mangel på kunnskap om lovverket når det gjelder tvang ved somatisk sykdom, og at dette kan føre til en risiko for forsinket helsehjelp (Ukom, 2023). Denne undersøkelsen viste at skillet mellom psykisk helsevern og somatikk, utgjør en pasientsikkerhetsrisiko, og at dette knyttes til ulikhetene innenfor fag, organisasjon, juss, økonomi og kultur, som igjen leder til mangel på helhetlig ivaretagelse (Ukom, 2023). Intensivsykepleierne i denne studien har ved flere kommentarer kommet indirekte inn på hva denne rapporten beskriver. Gjentatte innleggelses som skaper frustrasjon om at ingen bryr

seg om pasienten, ingen kunnskap om hva som blir gjort med pasienten innenfor det psykiatriske feltet, ingen samarbeid og usikkerhet om bruk av tvang. Med tanke på hvor avansert intensivfaget er, er det forståelig at utdanningen ikke kan sette søkelyset på enkelte diagnoser. Når intensivsykepleieren har nådd det nivået der en kan jobbe selvstendig på en intensivavdeling, kan en fordype seg i områder der intensivsykepleieren selv føler at en mangler kunnskap, noe som er et krav i forhold til de yrkesetiske retningslinjene for å jobbe faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleie Forbund, 2023). Intensivsykepleierne etterspurte også undervisning på arbeidsplassen om denne gruppen pasienter, og dette burde være mulig gjennom fagdager. En av intensivsykepleierne i denne studien mente at det burde være ressurspersoner på det psykiatriske feltet på intensivavdelingen på lik linje med ressursgrupper innenfor sirkulasjon, respirasjon, dialyse og organdonasjon. I forhold til Helse Sør-Øst sin regionale handlingsplan for psykisk helsevern der det ble beskrevet konkrete tiltak ved at sykehusene skal ha skriftlige rutiner for kartlegging av selvskading, samt tiltak ved selvskading hos barn og unge (Helse Sør-Ost RHF, 2021) er dette arbeidet i gang. Ved sjekk i kvalitetssystemet 16.08.2024 er det flere retningslinjer som er under utvikling av nyere dato, for eksempel retningslinje for selvmordsrisiko med forslag for hva som skal inngå i en vurderingssamtale fra 2022. Intensivsykepleiere foretar ingen selvmordsrisikovurdering av unge jenter som selvskader, da dette ansvaret blir overflyttet til det psykiatriske tilsynet. Intensivsykepleiere er godt kjent med kartleggingsverktøy i sitt arbeid med intensivpasienten og det kunne med fordel vært et enkelt kartleggingsverktøy som kunne gjort at intensivsykepleieren følte seg delaktig i ivaretagelsen av denne pasienten i dokumentasjonssystemet. Observasjonene til intensivsykepleiere burde bli tatt i betraktning av det psykiatriske teamet som kommer på tilsyn, da intensivsykepleiere har vært tett på den unge pasienten siden ankomst på intensivavdelingen. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester etterspurte en bedre samhandling mellom psykisk helse og somatikk, og at en helhetlig ivaretagelse kan bedre holdningen til pasienter med psykiske lidelser (Ukom, 2023).

Studiens styrker og svakheter

I denne studien valgte jeg en kvalitativ metode, fordi jeg ønsket å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å ivareta unge jenter under 18 år som har selvskadet og havnet på en intensivavdeling. Det er en styrke at de 4 intensivsykepleierne jeg har intervjuet ble plukket ut den dagen jeg skulle intervjuer dem, og de er plukket ut av deres leder basert på hvem som var ledig der og da, i forhold til inklusjonskriteriene. Jeg intervjuet ansikt til ansikt,

på deres arbeidsplass som var totalt ukjent for meg. Jeg er en førstegangsforsker, men det er en styrke at jeg hadde gjennomført et pilotintervju før de fire hovedintervjuene. Jeg hadde også endret intervjuguiden, etter tilbakemeldinger fra veileder, etter tilbakemeldinger på masterseminar, og etter pilotintervjuet. Det er en styrke at jeg var forberedt, da jeg kunne sette søkelys på hva som ble sagt, og ikke distraheret av den tekniske løsningen eller ha fokus på meg selv som førstegangintervjuer. Svakheten var at jeg gjorde intervjuet alene, og ikke fikk beskrevet usagte detaljer som ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Det at jeg hadde kjennskap til forskningsfeltet er både en styrke og svakhet, styrken er at jeg kan stille riktige oppfølgingsspørsmål, og jeg antar at jeg vet hva de mener med det de sier. Svakheten er at jeg ikke er nøytral, og antar at de prater om noe jeg forstår eller har laget min egen sannhet om, og derfor ikke stiller riktige oppfølgingsspørsmål. I arbeidet med oppgaven har det dukket opp mer og mer forskning om feltet, og jeg har brukt mye referanselister til å finne ny forskning. Hvis denne studien skulle blitt gjennomført på nytt, ville jeg ha brukt flere søkeord, gått bredere ut i starten og fått hjelp av en bibliotekar. Ifølge artikkelen til Lyhne og Bjerrum (2021) skal analysens funn presenteres transparent, for å understøtte studiens troverdighet. At studien er transparent er vesentlig for at leseren skal få mulighet til å vurdere troverdigheten av funnernes overførbarhet til andre kontekster (Elo et al., 2014; Lyhne & Bjerrum, 2021; Schreier, 2012). Min nærhet til psykiatrifeltet har gjort at jeg har vært bevisst min forforståelse igjennom hele forskningsprosessen. Min forforståelse ble skrevet ned i noen punkter før forskningsprosessen startet og intervjuguiden ble utformet med åpne spørsmål slik at informantene fikk snakket uforstyrret om erfaringer og opplevelser. Det er en styrke at innholdsanalysen til Bjerrum og Lyhne (2021) er valgt, da jeg har beskrevet alle stegene i analysen og gitt en transparent presentasjon. Valget av denne analysemetoden ble bevisst valgt da innholdsanalysen har fokus på validitet og troverdighet igjennom designet, systematikken og transparens i analyseprosessen (Lyhne & Bjerrum, 2021). Gjennom hele forskningsprosessen har jeg kritisk reflektert over funnene og metoden som er brukt, med fokus på at dataene skal være gyldige og at det er en overføringsverdi i funnene (Malterud, 2017). Det er en styrke da jeg har hatt god veiledning av min veileder igjennom forskningsprosessen, men en svakhet at jeg gjorde studien alene og er en førstegangsforsker. Min forforståelse har påvirket valget av metode, problemstilling, utvalg og resultatene som er vektlagt. Resultatene blir et produkt av den menneskelige påvirkningen jeg har hatt i forskningsprosessen (Malterud, 2017) I løpet av denne studien har min forforståelse blitt utfordret. Jeg har ment at jeg har hatt god kjennskap til dette temaet selvskading fra tidligere, men har nå fått en ny og helhetlig måte å se problematikken på. Kunnskapen jeg har tilegnet meg gjør at jeg er ydmyk og litt brydd over hvordan jeg har sett

på disse pasientene før jeg gjorde denne studien. Overførbarheten til intensivsykepleiere som leser denne studien vil forhåpentligvis gjøre at de kjenner seg igjen i hva som blir uttrykt i denne studien og på lik linje som meg se de samme manglene dette feltet har.

6 Konklusjon

I denne studien var problemstillingen å undersøke intensivsykepleieres erfaring med å ivareta unge jenter under 18 år som har havnet på en intensivavdeling etter en selvskadende hendelse.

Intensivsykepleiere kan erfare at disse pasientene ofte kommer til intensivavdelingen alene og uten pårørende. Pasientene kan fortelle om opplevd omsorgssvikt som gjør at de har et komplisert forhold til sine foreldre, eller intensivsykepleieren kan forstå dette indirekte, da flere av pasientene er tilknyttet barnevernet, og bor enten på institusjon, bolig eller hos fosterforeldre. Intensivsykepleiere kan også oppleve hos hjemmeboende pasienter at det også er foreldre som lider som en konsekvens av datterens selvskading, og kan ha blitt syke av dette i form av depresjon og sosial tilbaketrekning.

Det er to verdifulle funn i denne studien, der intensivsykepleiere forteller om erfaringer med at unge jenter som har diabetes type 1 kan bruke sin grunnsykdom til å selvskade, og at unge jenter med diabetes type 1 trenger hjelp og støtte med sin diabetes for å ikke utvikle depresjon, som er en av utløsningsfaktorene til å begynne med selvskading.

Intensivsykepleiere har også erfart at sosiale medier er en av årsakene til å noen selvskader og at det er interne konkurranser i selvskadingsgrupper om å bli lagt inn på sykehus.

I ivaretagelsen av disse pasientene kan intensivsykepleieren erfare at kollegaer og leger er splittet i hvordan de mener at disse pasientene skal behandles. Intensivsykepleieren kan forvente å erfare at det er negative holdninger rundt disse pasientene, og at ens egen profesjonalitet blir satt på spill. Intensivsykepleiere i denne studien erfarer at de mangler kunnskap om behandlingen av disse pasientene, det er ingen opplæring på arbeidsplassen eller under intensivvidereutdannelsen. Det er ingen retningslinjer på intensivavdelingen for behandling av selvskading, og alle intensivsykepleiere må finne sin egen vei til målet og basere det på erfaringskunnskap. Relevant forskning som er fremhevet i denne studien viser at unge jenter som selvskader ikke blir behandlet kunnskapsbasert ved norske sykehus. Det er store kunnskapsmangler og lite samarbeid på tvers av sektorer.

Litteraturliste

- Alnes, J. H. (2020, 9. desember). Hermeneutikk. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/hermeneutikk>
- Appleby, L., Shaw, J., & Amos, T. (1997). National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, *170*(2), 101–102. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.2.101>
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(2), 491–498. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9861-8>
- Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 5/22. Oslo: NOVA, OsloMet <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011548>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(8), 969–977.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Biernesser, C., Sewall, C. J. R., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social media use and deliberate self-harm among youth: A systematized narrative review. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105054.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105054>
- Buchberger, B., Huppertz, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J. T., & Siafarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *70*, 70–84.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.04.019>
- Byrne, S. J., Bellairs-Walsh, I., Rice, S. M., Bendall, S., Lamblin, M., Boubis, E., McGregor, B., O'Keefe, M., & Robinson, J. (2021). A Qualitative Account of Young People's

Experiences Seeking Care from Emergency Departments for Self-Harm. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2892.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18062892>

Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1149–1157.

<https://doi.org/10.1002/da.20763>

Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., & Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 273–284. <https://doi.org/10.1111/inm.12040>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(3), 219–231.

<https://doi.org/10.1080/13811110802101096>

Dickinson, T., & Hurley, M. (2012). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 147–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05745.x>

- Dickinson, T., Wright, K. M., & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 947–951. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x>
- Dirdal, K. E. (2023). Helsepersonell må være mer tilgjengelig for unge som skader seg selv. *Sykepleien forskning* (Oslo), 93479, e-93479. <https://sykepleien.no/fag/2023/09/helsepersonell-ma-vaere-mer-tilgjengelig-unge-som-skader-seg-selv>
- Doyle, L., Treacy, M. P., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 485–494. <https://doi.org/10.1111/inm.12144>
- Eckert, A., Domhardt, M., Reinauer, C., Berger, G., Galler, A., Böckmann, A., Henn, M., Haak, T., & Holl, R. W. (2021). Non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with type 1 diabetes: Clinical characteristics from a German diabetes-patient registry (DPV). *Psychiatry Research*, 297, 113733. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113733>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utraiainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *Sage Open*, 4(1), 2158244014522633. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28(4), 573–587. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.11.001>
- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009631>

Folkehelseinstituttet. (2021, 10. Juni). *Selvord i dødsårsaksstatistikken*. (2021, juni 10).
<https://www.fhi.no/op/dodsarsaksregisteret/selvord-i-dodsarsaksstatistikken/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanningen. (2022). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning*. Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094?q=intensivsykepleier%20utdanning>

Hanssen, T. A. (2018, 27. mars). *Ny teori viser utfordringene med å jobbe kunnskapsbasert*.
<https://sykepleien.no/forskning/2018/03/ny-teori-viser-utfordringene-med-jobbe-kunnskapsbasert>

Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(12), 1212–1219. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207–1211.
<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>

Helse Sør-Ost RHF. (2021). *Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.helse-sorost.no/49a065/siteassets/documents/styret/styremoter/2021/0422/041-2021-vedlegg---regional-fagplan-for-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet, (2020, 10. september). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025/id2740946/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 6. september). *Forebygging av selvmord og selvskading* <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygging-av-selv-mord-og-selvskading/id2876038/>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2017). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Karman, P., Kool, N., Gamel, C., & van Meijel, B. (2015). From Judgment to Understanding: Mental Health Nurses' Perceptions of Changed Professional Behaviors Following Positively Changed Attitudes Toward Self-Harm. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.017>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020112307061

Larsen, S. S., Tørmoen, A. J., & Myhre, M. Ø. (2023). Behandling av selvskading—Viktigheten av flere funksjonelle tilnærminger. *Suicidologi*, 28(2), Artikkel 2. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.10545>

Likestilling- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

- Lyhne, C. N., & Bjerrum, M. (2021). Kvalitativ indholdsanalyse – En hands-on introduktion. *Klinisk Sygepleje*, 35(4), 304–322. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-04-04>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Marchant, A., Hawton, K., Burns, L., Stewart, A., & John, A. (2021). Impact of Web-Based Sharing and Viewing of Self-Harm–Related Videos and Photographs on Young People: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e18048. <https://doi.org/10.2196/18048>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Mars, B., Heron, J., Biddle, L., Donovan, J. L., Holley, R., Piper, M., Potokar, J., Wyllie, C., & Gunnell, D. (2015). Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 185, 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.001>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011090205031

Mitchell, R. H., Ani, C., Cyr, C., Irvine, J., Joffe, A. R., Skinner, R., Wong, S., Stang, A. S., Laffin, M., & Korczak, D. J. (2022). Near-Fatal Self-Harm Among Canadian Adolescents. *Canadian journal of psychiatry*, 67(8), 598–607. <https://doi.org/10.1177/07067437211058602>

Nilsson, B. (2007, 17. mars). *Gadamers hermeneutikk*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamers-hermeneutikk>

Nock, M. K. (2009). Distinguishing Suicide Attempts from Nonsuicidal Self-Harming Behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1039–1040. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b18770>

Norsk Sykepleieforbund. (2006). *Fag, utdanning og forskning*. <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/fag-utdanning-og-forskning>

Norsk Sykepleieforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utgave.). Gyldendal.

NSFLIS. (2023). *FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER*. NSF. <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015>

Paulsen, A., Prebensen, B. H., & Bergland, Å. (2023). Intensivsykepleieres beskrivelser av utfordringer i møte med intoksikasjonspasienter i intensivavdelinger – en kvalitativ studie. *Inspira*, 18(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.23865/inspira.v18.5405>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. Utgave). Lippincott Williams & Wilkins.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669–682. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- Prop. 121 S (2018-2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Public Health Agency of Canada. (2016). *Suicide in Canada: Infographic*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-infographic.html>
- Rosen, P. M., & Walsh, B. W. (1989). Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *The American Journal of Psychiatry*, 146(5), 656–658. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.5.656>
- Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. (First edition.). SAGE Publication.
- Sikt. (u.å) *Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. Hentet 1. mars 2024 fra <https://sikt.no/>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr., T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>

Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)

Smeby, J.-C., & Gundersen, T. (2024, 6. februar). *Profesjon*. <https://snl.no/profesjon>

Statistics Canada, (2023, 27. november). *Leading causes of death, total population, by age group*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.

Tørmoen, A. J. (2017). *Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment*. <http://hdl.handle.net/10852/55209>

Tørmoen, A. J., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., Walby, F. A., & Rossow, I. (2023). A nationwide study on time spent on social media and self-harm among adolescents. *Scientific Reports*, 13(1), 19111. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46370-y>

Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B., & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European Journal of Public Health*, 30(4), 688–692. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa042>

Tørmoen, A. J., Rossow, I., Larsson, B., & Mehlum, L. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: Differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1447–1455. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0646-y>

Ukom. (2023, 23 august). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

<https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag>

Universitetet i Oslo. (2017, 26. september). *Nettskjema-diktafon mobilapp*.

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

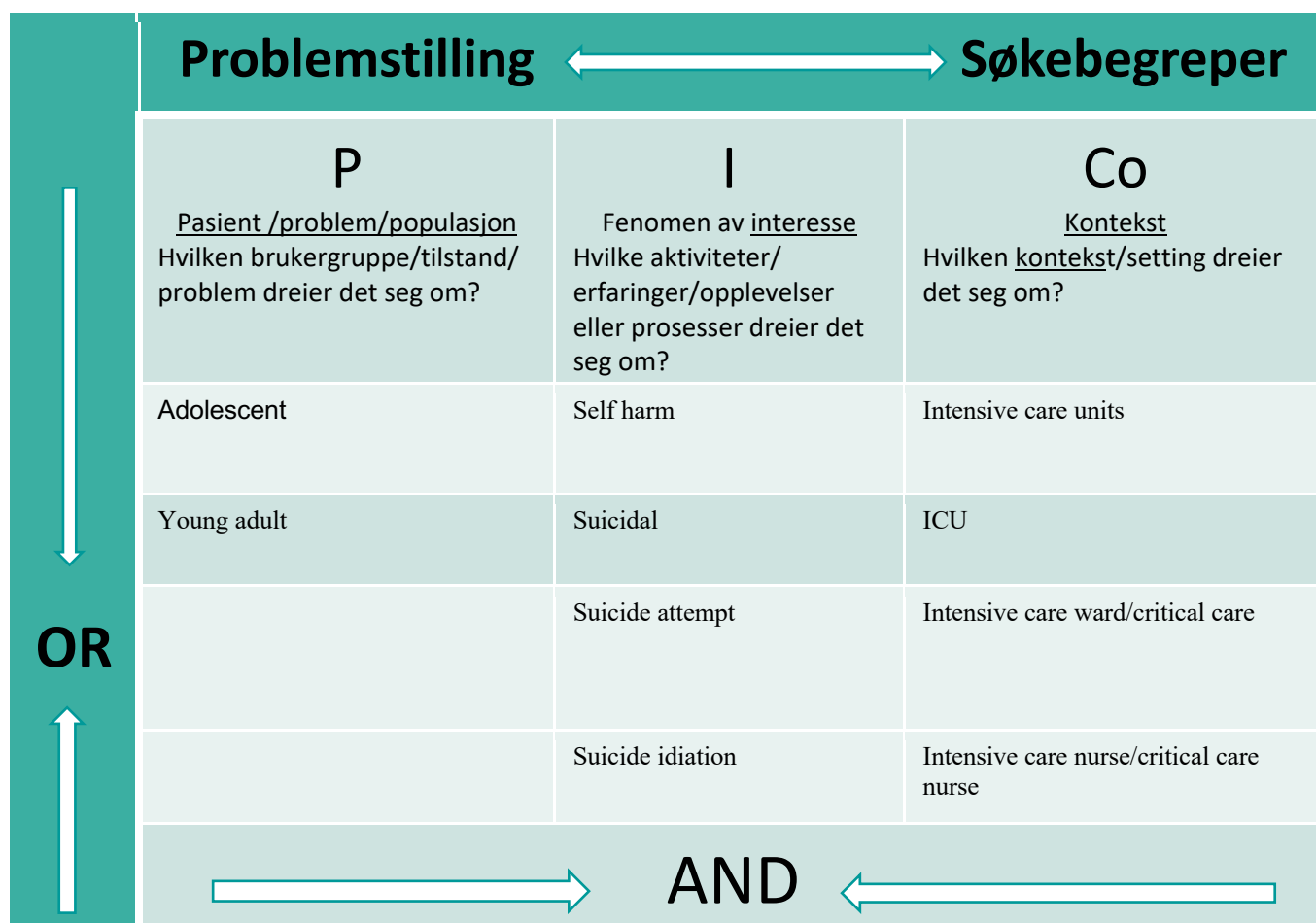
USN. (2018). *Retningslinjer for håndtering av forskningsdata* ved Universitetet i Sørøst-Norge. <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/retningslinjer-for-handtering-av-forskningsdata/>

You, J., Lin, M. P., Fu, K., & Leung, F. (2013). The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 993–1004. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9734-z>

Vedlegg

Vedlegg nummer 1:

PICo skjema



(PICo-skjema for kvalitative studier, 2017)

Min Forforståelse:

1. Har hatt to pasienter som har klart å ta selvmord, mann og dame.
2. Jeg tror ikke vi kan hjelpe alle.
3. Mennesker er sin egen lykkes smed.
4. Alle kan få hjelp hvis de virkelig vil ha det.
5. Psykiatri er todelt, gener og oppvekstrelatert.
6. Avhengighet startet som eget valg.
7. Folk som oppfører seg annerledes, gjør meg usikker men nysgjerrig.
8. Minste motstandsvei behandling på avdeling.
9. Jeg synes synd på foreldre, men også nysgjerrig i forhold til nr 5.
10. Gjentatte innleggelse gjør meg irritert, betyr at de ikke får den hjelpen de trenger, og det avdekker et hull/mangel i samfunnet vi lever i.
11. Jeg klarer å skille mellom private tanker og det å være profesjonell.
12. Jeg har jobbet på akuttmottak, psykosepost, sikkerhetspost og DPS.

Denne forforståelsen er skrevet ned før forskningsprosessen ble startet og er en rask punktvis brainstorming som ble utformet i løpet av et par minutter. Etter denne studien har min forståelse markant blitt utviklet og jeg har et behov for å utdype hva jeg mente i noen av punktene:

2: Jeg har innsett at uansett hvor hardt man prøver å hjelpe noen, så klarer man ikke alltid det. Som helsepersonell kan man ikke bære disse tapene personlig og fortsette å jobbe i helsevesenet. Pasienter har en autonomi vi kan påvirke, men ikke kontrollere.

3: Vi har alle et ansvar om å ta vare på oss selv og kan ikke forvente at menneskene rundt oss eller myndighetene skal ta ansvar for at vi skal ha det bra.

4: Helsevesenet tilbyr hjelp og råd, og ønsker man en forandring i livet må man ta disse stegene selv. Vaner blir en ond sirkel, noe trygt og forutsigbart, den eneste veien ut er å bryte det vante handlingsmønsteret.

6: Vi som mennesker gjør bevisste valg og handler ut ifra belønningen vi oppnår av å gjøre det.

8: Det er lettere å ikke gi motstand, unngå konflikt og trenere tiden.

Intervjuguide

I dette intervjuet har jeg satt fokuset på unge pasienter under 18 år som selvskader, og som havner på en intensivavdeling. Med selvskading mener jeg pasienter, som igjennom en villet handling har skadet seg selv.

1. Når pasienten er under 18 år og har selvskadet seg, hvordan opplever du samarbeidet med foreldrene/pårørende/verge?**(og er det noe du opplever i din rolle som du gjør som kan hjelpe de pårørende i den situasjonen de er i)**
2. Hvordan ivaretar du en ung pasient som blir innlagt ved selvskading og har du en strategi du bruker for å vise omsorg?
3. Nå skal jeg be deg tenke tilbake i tid og på dine erfaringer med pasienter som har skadet seg selv. Er det en pasienthistorie du husker godt, som du har lyst til å dele? **(oppfølging spørsmål: Hvordan bidro din rolle til å løse hendelsen?)**
4. Nå skal jeg be deg tenke på dine erfaringer med å ivareta pasienter under 18 år. Hvordan reagerer du mentalt når du blir informert om at pasienten du skal følge opp i dag har en historie med gjentatte tilfeller av selvskading?
5. Har du med din erfaring noen ønsker for fremtiden med tanke på behandlingen av denne pasientgruppen? **(Denne pasientgruppen ser vi oftere på intensivavdelinger nå enn tidligere, kan du huske om du har fått noen undervisning på videreutdannelsen eller undervisning på arbeidsplassen i å ivareta denne pasientgruppen?)**
6. På en intensivavdeling er det mye verktøy vi bruker for å score pasienten i forhold til hvor syk pasienten er, eller hvilket nivå av oppfølging pasienten trenger videre, er det noen scoringssystemer du bruker til denne pasientgruppen?
7. Er det noe du har erfart som vi ikke har snakket om, men som du ønsker å dele med meg?

Tusen takk for at du ønsket å delta i studien min😊