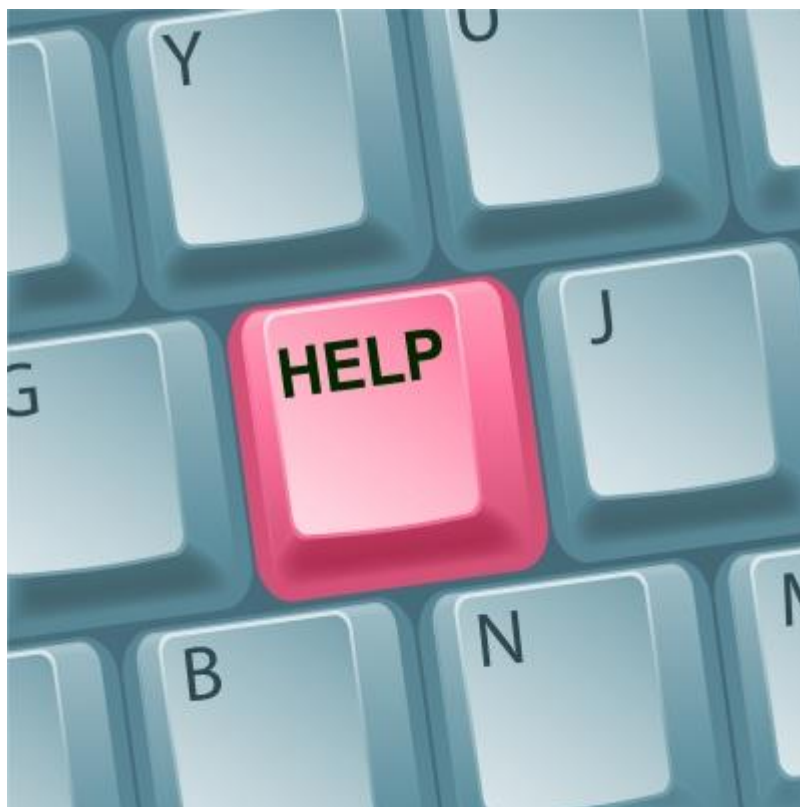


*Ann Neefs  
Dagopleiding  
Psychiatrische verpleegkunde  
Interne begeleider: Mr. Steve Potters  
Lezer: Mw. Philine Vanhelleputte*

## *Eerste hulp bij zelfverwonding in het digitale tijdperk*

*Bachelor in de verpleegkunde  
2014-2015*

*Surfen tussen trigger en taboe...*



Afbeelding met dank aan digitalart bij FreeDigitalPhotos.net

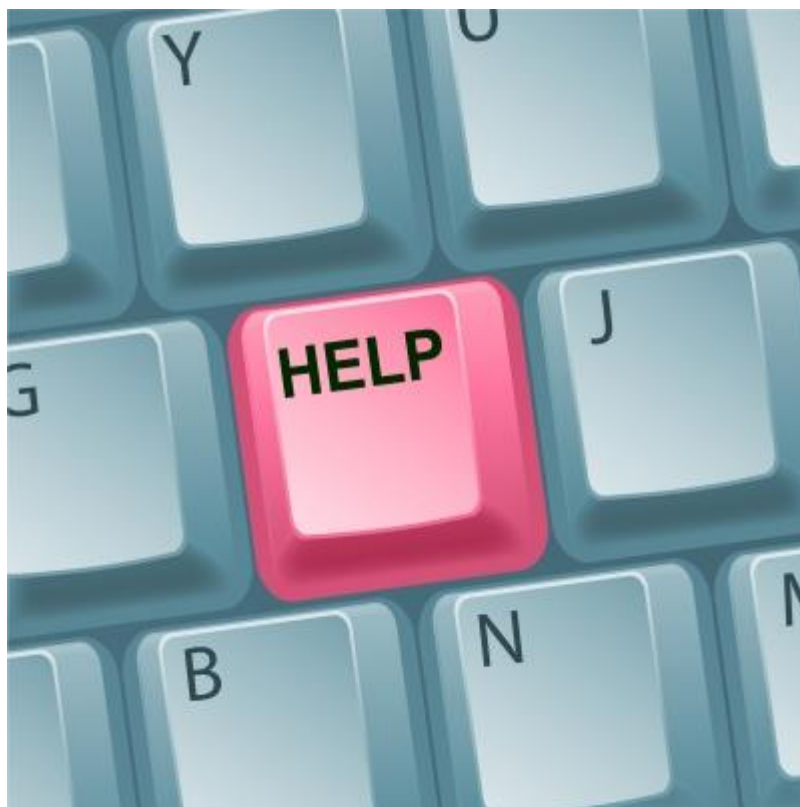


*Ann Neefs  
Dagopleiding  
Psychiatrische verpleegkunde  
Interne begeleider: Mr. Steve Potters  
Lezer: Mw. Philine Vanhelleputte*

## *Eerste hulp bij zelfverwonding in het digitale tijdperk*

*Bachelor in de verpleegkunde  
2014-2015*

*Surfen tussen trigger en taboe...*



Afbeelding met dank aan digitalart bij FreeDigitalPhotos.net

# Voorwoord

---

Dit werk is tot stand gekomen in het kader van mijn opleiding tot bachelor in de verpleegkunde. Een aantal jaren geleden kwam ik via mijn werk in aanraking met mensen die zichzelf verwonden. Ik vond het boeiend om met deze problematiek te werken, maar werd ook enorm geraakt door het leed van deze mensen. Daarom wilde ik met dit werkstuk iets ontwikkelen wat ik kan meenemen naar het werkveld, maar wat vooral ook een hulpmiddel kan zijn voor mensen die nog niet in het hulpverleningscircuit zijn terechtgekomen.

Bij een zoektocht naar een geschikt medium om deze mensen te bereiken, dacht ik aan het internet. Een paar eenvoudige zoekopdrachten leerden me dat mensen die zichzelf verwonden talrijk vertegenwoordigd zijn op het net. Ze zoeken contact met elkaar, delen foto's en filmpjes. Maar ik kwam ook erg schokkende beelden en getuigenissen tegen. Met dit werkstuk wil ik vooral iets constructiefs toevoegen en een aanzet geven tot verdere ontwikkelingen binnen het onlinehulpverleningsaanbod voor mensen die zichzelf verwonden.

Ik richt nog graag een woord van dank aan iedereen die me heeft gesteund tijdens mijn leerproces. Zonder hen was dit werk niet tot stand gekomen. In het bijzonder wil ik mijn interne en externe begeleider bedanken voor het advies, de motiverende woorden en blijken van steun tijdens moeilijke momenten. Mijn dank gaat ook uit naar het ganse docententeam van de opleiding, ze maakten het tot een boeiende ervaring. Verder wil ik iedereen bedanken uit mijn omgeving, in het bijzonder mijn ouders en partner en mijn vriendinnen bij wie ik mijn frustraties mocht ventileren. Ten slotte nog een speciaal woord van dank gericht aan mijn schoonzus voor het nalezen van dit werk op taalfouten.

Ann Neefs

Duffel

22 mei 2015

# Samenvatting

---

**Probleemstelling:** Zelfverwonding is een veel voorkomend probleem dat op lange termijn leidt tot beduidend nadelige gevolgen voor het psychisch en sociaal welzijn en de levenskwaliteit. Mensen die zichzelf verwonden zoeken niet snel hulp, ook niet voor wondzorg, tenzij absoluut noodzakelijk. Het is dus aangewezen deze moeilijk te bereiken doelgroep vorming te bieden aangaande wondzorg om de schade te beperken. Algemeen wordt er meer en meer beroep gedaan op het internet om gezondheidsinformatie te raadplegen. Dat is bij zelfverwonding niet anders. In Vlaanderen bestaat er nog geen professionele website over zelfzorg bij zelfverwonding, terwijl dit toch een belangrijke schadebeperkende interventie kan zijn. Het doel van deze studie is een aantal stappen te zetten in het ontwerpproces van een niet-interactieve informatiewebsite over eerste hulp en zelfzorg bij zelfverwonding. Deze stappen bestaan uit het samenstellen van een set inhoudelijke richtlijnen, gevolgd door het ontwikkelen van een voorontwerp voor een gedeelte van de website. De onderzoeksvragen waarop in deze literatuurstudie een antwoord wordt geboden, zijn: Welke zijn de meest voorkomende huidletsels na zelfverwonding? Hoe kan je die letsels het best zelf verzorgen, wanneer geen medische hulp vereist is? Bij welke webinhoud kom je als leek terecht wanneer je via internet op zoek gaat naar informatie over zelfverwonding? Aan welke inhoudelijke voorwaarden zou een website over zelfzorg na zelfverwonding moeten voldoen?

**Methode:** Aan de hand van de onderzoeksvragen is een literatuurstudie gedaan via Limo, Google Scholar, CINAHL, Researchgate en Invert. De relevantie is beoordeeld op basis van titel en abstract en nadien voor verdere selectie op basis van de volledige inhoud. De relevante informatie is gebundeld tot enerzijds een aantal richtlijnen voor het maken van een website en anderzijds praktisch advies over zelfzorg bij typische huidletsels na zelfverwonding, bestemd voor het inhoudelijke voorontwerp van de website.

**Resultaten:** De geformuleerde richtlijnen aangaande gebruiksvriendelijkheid, ethisch verantwoord en doelgroepspecifiek handelen en het inhoudelijk voorontwerp zijn concrete handvaten voor het ontwikkelen en evalueren van onlinehulpverlening bij zelfverwonding.

**Discussie:** Mensen die zichzelf verwonden zijn massaal vertegenwoordigd op het internet. Op verschillende manieren wordt informatie gedeeld rond zelfverwonding en dat houdt belangrijke voordelen, maar ook risico's in voor deze mensen. De hulpverleners zijn zich daar nog niet ten volle van bewust. Daarom is er nood aan meer wetenschappelijk onderzoek naar de omvang en gevolgen van dit fenomeen voor zelfverwondend gedrag en de bestaande behandeling. In het bijzonder in Vlaanderen en Nederland is er een hiaat in de wetenschappelijke literatuur hieromtrent. Verder dient onderzocht te worden hoe de schadebeperkende benadering in de praktijk kan geïmplementeerd worden.

**Conclusie:** Het internet biedt zeker mogelijkheden tot interventies gericht op de moeilijk te bereiken doelgroep van mensen zich aan zelfverwonding doet en die nog niet in het hulpverleningscircuit zit. Er zijn wel een aantal voorwaarden aan verbonden inzake gebruiksvriendelijkheid, ethisch en doelgroepspecifiek handelen. Relevant wetenschappelijk onderzoek kan in de toekomst nog bijdragen aan de verbetering en uitbreiding van zowel het online als offline hulpverleningsaanbod voor deze mensen.

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	5
1.1	Probleemstelling.....	5
1.2	Onderzoeksvragen.....	7
1.3	Literatuuroverzicht .....	8
1.3.1	Zoekstrategie .....	8
1.3.2	Resultaten.....	9
A.	Definitie van zelfverwondend gedrag.....	9
B.	De meest voorkomende zelf toegebrachte verwondingen .....	9
C.	De nadelige gevolgen van zelfverwonding .....	10
	<i>Infecties</i> .....	10
	<i>Littekens</i> .....	10
	<i>Stigma en discriminatie</i> .....	11
D.	De schadebeperkende benadering .....	12
E.	De verzorging van zelf toegebrachte huidletsels.....	14
	<i>Snijwonden</i> .....	15
	<i>Brandwonden</i> .....	17
F.	Het internet en zelfverwonding .....	20
G.	Onlinehulpverlening .....	22
	<i>Begripsomschrijving van onlinehulpverlening</i> .....	22
	<i>Vormen van onlinehulpverlening</i> .....	22
	<i>De informatieve website</i> .....	23
H.	De HON-code .....	24
2.	Methode.....	26
3.	Resultaten .....	27
3.1	De huidige stand van zaken.....	27
3.2	Een oplossingsgericht voorstel.....	28
3.2	De toekomst.....	28
3.3	Eindproduct 1: Kwaliteitsrichtlijnen voor onlinehulp via een website .....	29
3.3.1	Praktische richtlijnen voor gebruiksvriendelijkheid .....	29
3.3.2	Ethische richtlijnen op basis van de HON-code.....	29
3.3.3	Doelgroepspecifieke richtlijnen.....	30
3.4	Eindproduct 2: Inhoudelijk voorontwerp.....	31
A.	Ik heb mezelf gesneden, wat nu? .....	31
B.	Ik heb mezelf verbrand, wat nu?.....	32

---

C. Waar moet ik op letten tijdens en na de genezing van de wonde? .....	34
D. Hoe kan ik mezelf zo goed mogelijk beschermen in de toekomst?.....	35
E. Wat zijn minder schadelijke dingen die ik kan doen?.....	36
4. Discussie .....	37
4.1 Kritische bespreking literatuur .....	37
4.2 Kritische bespreking praktijkgedeelte .....	39
Suggesties voor gebruik.....	39
Suggesties voor evaluatie .....	39
Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek .....	40
Aanbevelingen voor het werkveld.....	41
5. Conclusie.....	42
Literatuurlijst.....	43
Lijst van bijlagen.....	45
Bijlagen.....	46

---

# Theoretisch gedeelte

---

## 1. Inleiding

### 1.1 Probleemstelling

De laatste jaren is er in de media steeds meer aandacht rond zelfverwonding bij jongeren. Op basis van een recente Europese prevalentiestudie, uitgevoerd in 11 Europese landen, wordt geschat dat 27.6% van de adolescenten minstens één keer in hun leven zichzelf bewust verwonden (Brunner et al., 2014). Bij 7.8% zou dit zelfs meermaals gebeuren (Brunner et al., 2014). Zelfverwondend gedrag komt het vaakst voor bij jongeren, maar niet uitsluitend. Ook 4% tot 21% van de volwassenen vertonen zelfverwondend gedrag. Die prevalentie van 21% zien we dan eerder bij psychiatrische populaties (Claes, 2012). Er is dan ook een sterke associatie tussen zelfverwondend gedrag en diverse psychiatrische problematieken zoals eetstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornissen, hechtingsstoornissen (Claes & Vandereycken, 2007; Claes, 2012; Kendall et al., 2011; Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor & Rosenbaum Asarnow, 2012). Zelfverwonding wordt vaker gerapporteerd bij vrouwen dan bij mannen (Brunner et al., 2014), ook in Vlaanderen en Nederland (Claes & Vandereycken, 2007; Claes, 2012), al stellen sommige auteurs dat het verschil in prevalentie tussen mannen en vrouwen wel eens veel kleiner zou kunnen zijn dan aanvankelijk gedacht werd (Claes, 2012; Duggan & Whitlock, 2012).

Prevalentiecijfers variëren echter nogal naargelang het land en naargelang welke studie (Brunner et al., 2014; Duggan & Whitlock, 2012; Ougrin et al., 2012). Mogelijk is dat te wijten aan culturele verschillen en aan het feit dat voor de meeste studies gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage (Brunner et al., 2014). Velen zijn beschaamd over hun zelfverwondend gedrag en geven het liever niet toe. Anderzijds worden in zowel de Nederlandstalige als in de Engelstalige literatuur verschillende termen en definities gebruikt om het fenomeen te omschrijven (Claes & Vandereycken, 2007). Die factoren maken dat verschillende studies tot verschillende cijfers leiden en dat het moeilijk is te schatten is hoe vaak zelfverwonding precies voorkomt.

In deze bachelorproef ligt de focus op zelfverwondend gedrag zoals gedefinieerd door Brunner en collega's (2014). Ze omschrijven zelfverwondend gedrag als verwondingen, die doelbewust worden toegebracht aan het eigen lichaamsoppervlak, ongeacht of er het doel is zichzelf te doden. Deze omschrijving leunt het beste aan bij het uiteindelijke doel van deze bachelorproef. Maar omwille van gebrek aan eenduidige terminologie in de literatuur worden ook bronnen opgenomen waarin de term zelfbeschadiging wordt gehanteerd.



Mensen die zichzelf verwonden, zoeken meestal niet onmiddellijk professionele of medische hulp (Brunner et al., 2014). Vaak gaat er een lange periode van stiekeme zelfverwonding en van in stilte lijden vooraf aan de stap om hulp te zoeken. Tijdens deze periode kunnen er veel complicaties optreden net omdat er omwille van schaamte geen professionele hulp wordt gezocht, zelfs niet voor wondverzorging. Er kunnen infecties optreden en wonden kunnen erg lelijke littekens veroorzaken, die op lange termijn bijdragen aan een laag zelfbeeld en stigmatisatie (Claes, 2007). Anderzijds zijn er mensen die wel al een behandeling achter de rug hebben, maar die door omstandigheden al dan niet tijdelijk hervallen in hun zelfverwondend gedrag (Claes & Vandereycken, 2007; Claes, 2012).

De laatste jaren zijn er psychiatrische afdelingen waar de hulpverleners stilaan de beweging maken om patiënten te leren hoe ze zelf hun wonden kunnen verzorgen. Claes (2012) suggereert deze aanpak ook, bij beperkte verwondingen. Dit past binnen de richtlijn voor behandeling van zelfbeschadiging op lange termijn geformuleerd door het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Kendall, Taylor, Bhatti, Chan & Kapur, 2011). In die richtlijn wordt onder meer aangeraden om de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de patiënt maximaal te vrijwaren en de patiënt zoveel mogelijk zelf te laten beslissen over de zorg (Kendall et al., 2011). Verder wordt vermeld dat er naast de preventie van de zelfverwonding plaats kan zijn voor een andere benadering, namelijk schadebeperking. Hierbij ligt de nadruk niet op het volledig stoppen met zelfverwonding, maar wel op het beperken van de gezondheidsrisico's en de schadelijke gevolgen, vergelijkbaar met schadebeperkende initiatieven bij druggebruik (Kendall et al., 2011; Shaw, 2012). Deze benadering kan onder meer nuttig zijn bij mensen die er op korte termijn nog niet in slagen om volledig te stoppen met hun zelfverwondend gedrag, omdat zelfverwonding voor hen bijvoorbeeld een copingmechanisme is om suïcide te voorkomen (Kendall et al., 2011). Mensen concrete tips geven om zo veilig mogelijk te werk te gaan wanneer voor hen zelfverwonding onafwendbaar wordt en hen aanleren hoe ze zichzelf zo goed mogelijk kunnen verzorgen nadien, kan tevens een belangrijke strategie zijn om hen met mogelijk herval te leren omgaan. Dit was de aanleiding om eens na te denken over hoe die schadebeperkende principes kunnen worden toegepast op de problematiek van zelfverwonding en hoe de zorgverlening een populatie zou kunnen bereiken, die momenteel buiten de aandacht van de hulpverlening blijft. Het internet kan hier mogelijkheden bieden in de vorm van onlinehulpverlening.

Sinds het ontstaan van het internet is de zoektocht naar informatie in het algemeen, maar specifiek ook gezondheidsgerelateerde informatie er veel makkelijker op geworden. Het aanbod van online gezondheidsinformatie breidt nog alle dagen uit en een steeds groter wordend deel van de bevolking heeft toegang tot het internet. De technologische evolutie heeft er bovendien met de komst van draadloos internet, laptops, notebooks, tabletcomputers en smartphones voor gezorgd dat we met zijn allen bijna altijd en overal toegang hebben tot online gezondheidsinformatie. Daar wordt dan ook gretig gebruik van gemaakt. Het is echter niet eenvoudig om als leek betrouwbare en correcte informatie te selecteren uit een steeds groter aantal websites. Dit geldt ook voor websites die informatie aanbieden over zelfverwonding.

Bij wijze van vooronderzoek werd een erg summiere verkenning gedaan van wat er zoal op het internet voorhanden is met betrekking tot zelfverwonding. Wanneer mensen die zichzelf verwonden hierover informatie zoeken op het internet, komen ze vaak terecht op discussieforums of sociale netwerksites, waar ze onder de sluier van anonimiteit vaak niet zo constructief benaderd worden. Ze worden blootgesteld aan expliciet beeldmateriaal, dat als trigger kan werken, en kunnen het slachtoffer worden van cyberpesten (Duggan & Whitlock, 2012). Er is echter ook een constructieve kant. Ze vinden sociale steun, krijgen het gevoel ergens bij te horen en kunnen tips uitwisselen die kunnen helpen bij het stoppen met hun zelfverwondend gedrag (Duggan & Whitlock, 2012). Verder vind je veel websites voor en door lotgenoten, maar in Vlaanderen lijkt er nog geen website te bestaan waar professionele zorgverleners accurate informatie rond zelfzorg bij zelfverwonding gecentraliseerd aanbieden.

Het doel van deze literatuurstudie is te komen tot een aantal richtlijnen en daaruit volgend een inhoudelijk voorontwerp voor een zeer toegankelijke en laagdrempelige niet-interactieve website met duidelijke en betrouwbare informatie over eerste hulp en zelfzorg bij zelfverwonding. De website heeft niet als doel om professionele hulp te vervangen, maar er wordt beoogd een aanvullend alternatief te bieden aan mensen die omwille van diverse redenen buiten het gebruikelijke bereik van de hulpverlening vallen. De doelgroep van de website is allereerst een breed publiek van mensen die zichzelf verwonden. Daarnaast kan de website natuurlijk ook nuttig zijn voor vertrouwenspersonen en andere geïnteresseerden, die iemand in hun omgeving willen bijstaan.

## 1.2 Onderzoeksvragen

Met deze literatuurstudie wordt getracht een antwoord te krijgen op onderstaande vragen:

- Welke zijn de meest voorkomende huidletsels na zelfverwonding?
- Hoe kan je die letsels het best zelf verzorgen, wanneer geen medische hulp vereist is?
- Bij welke webinhoud kom je als leek terecht wanneer je via internet op zoek gaat naar informatie over zelfverwonding?
- Aan welke inhoudelijke voorwaarden zou een website over zelfzorg na zelfverwonding moeten voldoen?

## 1.3 Literatuuroverzicht

### 1.3.1 Zoekstrategie

Voor de hierna beschreven zoekopdrachten werd telkens gebruik gemaakt van de online toegang via de onderwijsinstelling, zodat er maximale inzage mogelijk was van alle bronnen waar de instelling op geabonneerd is.

Bij het zoeken naar bestaande wetenschappelijke literatuur over zelfverwonding werden de databanken Limo en Google Scholar geraadpleegd. De gebruikte zoektermen waren: *zelfverwonding*, *zelfbeschadiging*, *automutilatie*, *zelfverminking*, *self-injury*, *self-harm*, *self-mutilation*, *harm-minimisation self-injury*. Voor boeken werd de publicatiedatum vanaf 2004 als limiet ingesteld. Voor artikels en reviews lag deze limiet op 2009. De beschikbare bronnen werden telkens op relevantie beoordeeld op basis van de titel en vervolgens op basis van ofwel het abstract ofwel de inhoudsopgave.

Wat betreft de literatuur over eerste hulp en wondzorg bij snijwonden en brandwonden werden de twee gecombineerde zoektermen *first aid cuts* en *first aid burns* ingegeven in de databank CINAHL. De instellingen voor deze zoekopdracht waren dat alle woorden moesten voorkomen in de titel, het abstract of de tekst. Verder moesten de volledige tekst, het abstract en de referenties beschikbaar zijn. De publicatiedatum werd ingesteld vanaf 2009. Dit leverde respectievelijk 276 en 448 resultaten op die volgens relevantie werden aangeboden. Telkens werden de eerste 100 resultaten beoordeeld op relevantie op basis van de titel en nadien op basis van het abstract. Voor boeken over dit onderwerp werd opnieuw Google Scholar geraadpleegd met de gecombineerde zoekterm *eerste hulp bij huidwonden*, met als limiet publicatiedatum vanaf 2004.

Voor literatuur over zelfverwonding op het internet werd allereerst gezocht naar Nederlandstalige bronnen. De volgende databanken werden geraadpleegd: Google Scholar, Limo, Researchgate, Invert. Er werd gebruik gemaakt van de gecombineerde zoektermen: *zelfbeschadiging internet*, *zelfbeschadiging online*, *zelfverwonding internet*, *zelfverwonding online*, *automutilatie internet*, *automutilatie online*. Er werden geen limieten ingesteld. Deze zoektocht leverde géén relevante resultaten op. Daarom werd gezocht naar Engelstalige artikels en reviews. De volgende gecombineerde zoektermen zijn ingegeven in Google Scholar: *Self-injury internet*, *self-injury online*. Opnieuw werd de publicatiedatum ingesteld vanaf 2009. De relevantie werd beoordeeld op basis van de titel en het abstract. Literatuur over zelfverwonding op het net en de effecten op zelfverwondend gedrag is weerhouden.

Occasioneel werd op basis van de referenties van een bepaalde bron, specifiek gezocht naar andere relevante bronnen. In totaal werden op basis van beschikbaarheid en relevantie 32 bronnen weerhouden en volledig doorgelezen. Nadien werden de 26 meest relevante bronnen weerhouden.

### 1.3.2 Resultaten

#### **A. Definitie van zelfverwondend gedrag**

Claes en Vandereycken (2007) definiëren de term zelfverwondend gedrag als het zichzelf opzettelijk toebrengen van fysieke schade, op een sociaal onaanvaardbare manier, zonder de bedoeling om zichzelf te doden. Ze nemen de sociale onaanvaardbaarheid als criterium op in de definitie om populairder wordende vormen van lichaamsmodificatie, zoals tatoeage en piercing uit te sluiten. Zelfbeschadiging is ruimer en omvat alle gedragingen die schadelijk zijn voor de gezondheid en het welzijn. Automutilatie verwijst dan weer naar een extreme vorm van zelfbeschadiging waarbij een blijvende verminking het gevolg is (Claes & Vandereycken, 2007). De termen zelfverwonding, zelfbeschadiging en automutilatie worden in de praktijk vaak door elkaar gebruikt.

In de literatuur is er bovendien discussie rond het belang van de intentie om zichzelf te doden. Sommige auteurs willen dit in de definitie opnemen als criterium, anderen niet (Brunner et al., 2014). Brunner en collega's (2014) stellen dat het moeilijk is om uitsluitel te geven over de suïcidale intentie van iemand, vooral bij jongeren die zichzelf verwonden, omdat die vaak een ambivalente houding hebben tegenover suïcide. Het lijkt hen als het ware niet veel te kunnen schelen of ze doodgaan of niet ten gevolge van hun zelfverwondend gedrag (Brunner et al., 2014; Ourgin et al., 2012). Daarom stellen Brunner en collega's (2014) voor om de suïcidale intentie te zien op een continuüm van zelfdestructiviteit. Volgens hen kan men echter wel onderscheid maken op basis van directe lichaamsschade, zoals zichzelf snijden of verbranden en indirecte lichaamsschade, zoals ernstig alcohol- of druggebruik (Brunner et al., 2014). Dit onderscheid is vergelijkbaar met het verschil dat Claes en Vandereycken (2007) maken tussen zelfverwonding en zelfbeschadiging. Brunner en collega's (2014) omschrijven zelfverwondend gedrag als het doelbewust toebrengen van verwondingen aan het eigen lichaamsoppervlak, ongeacht of er het doel is zichzelf te doden. Voor dit werkstuk en de praktische uitwerking, zal deze laatste definitie worden gehanteerd.

#### **B. De meest voorkomende zelf toegebrachte verwondingen**

In de probleemstelling kwam al aan bod dat het erg moeilijk is om een inschatting te maken van hoe vaak zelfverwonding voorkomt omwille van gebrek aan een eenduidige definitie, verschillen in onderzochte populaties, cultuurverschillen en het taboe dat rust op zelfverwonding (Brunner et al., 2014; Duggan & Whitlock, 2012; Ourgin et al., 2012). In de gevonden literatuur zijn ook geen exacte cijfers beschikbaar over welke vormen van zelfverwonding het vaakst voorkomen. Mensen die aan zelfverwonding doen, zouden vaak afwisselen tussen een drietal manieren om zichzelf pijn te doen. Typische handelingen zijn: zichzelf krassen, zichzelf snijden, zichzelf verbranden, zichzelf bijten, hard ergens tegenaan slaan en zichzelf slaan (Brunner et al., 2014; Claes, 2012; Duggan & Whitlock, 2012). In de gebruikte bronnen worden echter snijwonden en brandwonden het vaakst vermeld als gevolg van zelfverwonding (Benbow & Deacon, 2011; Brunner et al., 2014; Duggan & Whitlock, 2012; Lewis, Heath, Michal & Duggan, 2012; Lewis, Heath,

St. Denis & Noble, 2011; Ousey & Ousey, 2012; Tanner, 2007). Bovendien passen die verwondingen ook het best binnen de omschrijving van zelfverwonding door Brunner en collega's (2014) die voor dit werkstuk wordt gehanteerd. Daarom wordt voor de rest van deze literatuurstudie en de praktische interventie enkel toegespitst op de zorg voor zelf toegebrachte snijwonden en brandwonden.

### **C. De nadelige gevolgen van zelfverwonding**

#### *Infecties*

Wondinfectie wordt omschreven als de aanwezigheid van micro-organismen in de wonde die zich zo sterk vermenigvuldigen dat ze de immuniteitsrespons van het lichaam overmeesteren. De klassieke kenmerken van infectie zijn pijn, erytheem, warmte, oedeem en etterig exsudaat. Er kunnen nog bijkomende symptomen optreden, namelijk cellulitis, wondbeslag, verkleuring van de wonde, vertraagde wondheling, holtevorming ter hoogte van de wondbodem, brokkelig uitziend weefsel dat snel bloed, abnormale pijn of gevoeligheid, abnormale geur en wondafbraak (Ousey & Ousey, 2012).

Wondinfectie is de meest frequente complicatie na een traumatische wonde en heeft een belangrijke invloed op de het genezingsproces (Chen et al., 2012). In 12 tot 20% van de gevallen raakt een wonde geïnfecteerd. Het optreden van infectie, is afhankelijk van een aantal factoren. Zo hebben de omstandigheden waarin een wonde wordt veroorzaakt en de aanwezigheid van bacteriën, de ernst van het letsel, voeding, zwaarlijvigheid, de socio-economische status van de patiënt, ziektemanagement en wondzorg een belangrijke invloed. Wanneer iemand onvoldoende kennis heeft om zelf de wondzorg adequaat uit te voeren, wordt het risico op infecties nog groter (Chen et al., 2012).

#### *Littekens*

Littekenvorming is het normale eindpunt van een wondheling, maar geeft nooit een perfect resultaat. Littekens kunnen behandeld worden, maar het effect van die vaak langdurige behandelingen wordt erg overschat. Ze zullen namelijk nooit helemaal verdwijnen (Benbow & Deacon, 2011; Brown, McKenna, Siddhi, McGrouther & Bayat, 2008; Brown, Moss, McGrouther & Bayat, 2010).

In onze Westerse maatschappij wordt veel belang gehecht aan een aantrekkelijk uiterlijk en kan het bijgevolg een hele uitdaging zijn om met littekens door het leven te gaan. Littekens kunnen leiden tot een verstoord lichaamsbeeld en verminderd zelfvertrouwen. De helft van de mensen met een ontsierende aandoening en in het bijzonder mensen met littekens, vertonen sociale vermijding, verhoogde angst en een verminderde levenskwaliteit. Er is echter nog weinig bekend over de impact van littekens op de levenskwaliteit (Brown et al. 2008).

Op basis van een kwalitatief onderzoek identificeerden Brown en collega's (2008) vijf grote domeinen waar de levenskwaliteit wordt beïnvloed door littekens. Het eerste domein 'lichamelijk comfort en functioneren' omvat pijn, infectie, jeuk, veranderingen in structuur en gevoeligheid en een verstoord lichaamsfunctioneren (bijvoorbeeld door contracturen). Op het tweede domein 'sociale aanvaarding' situeren zich stigmatisatie, tevredenheid met het uiterlijk en allerlei compenserende gedragingen. Deze twee domeinen hebben invloed op de volgende twee domeinen. Het derde domein 'sociaal functioneren' omvat persoonlijke relaties, werk, vrije tijd, communicatievaardigheid en een sociale houding. Het vierde domein is 'vertrouwen in de aard en de behandeling' van de aandoening die littekens veroorzaakt. Alle vier de domeinen hebben hun impact op het vijfde domein 'emotioneel welzijn', waar laag zelfbeeld, boosheid, angst en negatieve stemming worden genoemd (Brown et al., 2008).

Brown en collega's (2010) vonden, in tegenstelling tot hun verwachtingen, dat vooral de onzichtbare littekens en de subjectieve inschatting van de ernst door de cliënten zelf, een negatieve impact hebben op psychosociale stress. Ze verklaren dit aan de hand van een vicieuze cirkel, waarbij de subjectieve beoordeling van de ernst van het litteken ertoe leidt dat mensen negatieve reacties van anderen en sociale moeilijkheden verwachten (Brown et al., 2010). Dat negatieve verwachtingspatroon creëert stress en wanneer mensen stress ervaren zouden ze meer geneigd zijn om hun littekens negatief te beoordelen (Brown et al., 2010). Deze wisselwerking zorgt voor een oplopend spanningsniveau, wat nog meer zelfverwondend gedrag kan uitlokken. Bovendien is de aanwezigheid van littekens een ongewenste blijvende herinnering aan het letsel (Benbow & Deacon, 2011).

### *Stigma en discriminatie*

Helaas is het zo dat mensen die zichzelf verwonden niet altijd de beste behandeling krijgen wanneer ze naar een ziekenhuis of spoedafdeling gaan (Kendall et al., 2011; Ousey & Ousey, 2012; Pengelly, Ford, Blenkinsop & Reilly, 2008). Ze krijgen vaak te maken met een niet-helpende houding en ineffectieve zorgverlening (Ousey & Ousey, 2012; Pengelly et al., 2008). Kendall en collega's (2011) wijten dit aan een gebrek aan middelen en wetenschappelijke evidentie voor bepaalde behandelingen, maar meer nog lijkt het niet begrijpen van zelfverwondend gedrag hierin een grote rol te spelen. Slechts een beperkt aantal gezondheidswerkers is voldoende opgeleid om begripvol met zelfverwondend gedrag om te kunnen gaan. Dit is jammer, want slechts een enkele slechte ervaring kan voor iemand die zichzelf verwondt al voldoende zijn om bij een volgende episode geen hulp meer te zoeken (Kendall et al., 2011). Bovendien blijkt dat een verleden van zelfverwondend gedrag een belangrijke voorspellende factor is voor suïcidepogingen en voor geslaagde suïcide (Brunner et al., 2014; Kendall et al., 2011). In de NICE-richtlijn wordt daarom sterk gepleit voor sensibilisering van hulpverleners om zelfverwonding niet langer te behandelen als marginaal of beschamend gedrag (Kendall et al., 2011).

#### **D. De schadebeperkende benadering**

De schadebeperkende benadering bij zelfverwonding wordt omschreven als een alternatief voor preventiegerichte benaderingen, waarbij de focus vooral ligt op het voorkomen van en stoppen met zelfverwondend gedrag. Binnen de schadebeperkende visie wordt geaccepteerd dat iemand op een bepaald moment nood kan hebben zichzelf te verwonden en dan wordt de nadruk verlegd naar ondersteuning om gezondheidsrisico's en schade te verminderen (Fish, Woodward & Duprouzel, 2011).

Schadebeperkend optreden was aanvankelijk controversieel, maar heeft reeds zijn nut bewezen bij druggerelateerde problemen. Spuitenruil, drugsensibiliseringsprogramma's en toegang tot minder schadelijke substanties zijn hier voorbeelden van (Benbow & Deacon, 2011; Fish et al., 2011; Shaw, 2012). Shaw (2012) pleit voor het inzetten van de schadebeperkende principes bij het probleem van zelfverwonding. Ze baseert zich hiervoor op de NICE-richtlijnen van 2011. Naast het proberen te voorkomen en stoppen van zelfverwonding wordt daarin tevens geadviseerd om minder destructieve zelfverwondingsmethoden te bespreken met zorgvragers en hun omgeving (Shaw, 2012).

Stilaan groeit de wetenschappelijke evidentie voor deze aanpak bij zelfverwonding (Benbow en Deacon, 2011; Fish et al., 2011; Shaw, 2012). Intussen wordt zelfverwondend gedrag ook meer gezien als een copingstrategie om spanningen te uiten en te verminderen en terug tot rust te komen tijdens zeer moeilijke en stressvolle momenten (Fish et al., 2011; Shaw, 2012). Sommige auteurs stellen daarom dat de nadruk leggen op preventie en stoppen van het gedrag misschien niet de meest helpende interventie is (Ousey & Ousey, 2012; Shaw, 2012). Fish et al. (2011) trekken dezelfde conclusie. Ze halen aan dat de louter preventieve aanpak kan leiden tot frustraties bij zowel zorgverleners als bij patiënten, die zelfverwondingsdrang blijven ervaren (Fish et al., 2011). Uit onderzoek is gebleken dat zorgvragers de volgende aspecten wel als helpend ervaren: een positieve, niet-veroordelende houding, medeleven, zorg en comfort bieden, keuzevrijheid en betrokkenheid, het vertrouwen genieten om eigen wonden te verzorgen, optimisme en hoop, gevoelens laten uiten, verstrekken van informatie en zorg bieden op maat van het individu, geen druk uitoefenen om te stoppen met zelfverwonding tot er andere copingstrategieën zijn aangeleerd (Fish et al., 2011; Shaw, 2012).

Pengelly et al. (2008) hebben volgens cognitief-gedragstherapeutische principes een handboek ontwikkeld met alternatieven voor zelfverwonding om zorgvragers en hulpverleners beter te laten samenwerken. Daarin hebben ze ook de schadebeperkende benadering besproken. Voorafgaand aan het publiceren hebben ze hierover feedback gevraagd van zowel zorgvragers als hulpverleners uit verschillende disciplines. Pengelly et al. (2008) concluderen dat de meningen verdeeld zijn aangaande de schadebeperkende benadering bij zelfverwonding. Tegenstanders vinden dat het toelaten van veiligere zelfverwonding, gelijk staat aan het gedrag aanmoedigen. Voorstanders geloven echter dat schadebeperking een waardevol en praktisch antwoord biedt op de noden van de zorgvragers (Benbow & Deacon, 2011; Pengelly et al., 2008).

Op basis van de feedback hebben Pengelly en collega's (2008) besloten om aanpassingen te doen, maar wel schadebeperkende strategieën in het boek op te nemen. Dit was in overeenstemming met de publicatie van de NICE-richtlijnen aangaande zelfverwonding van 2004 (Pengelly et al., 2008).

In hun handboek bieden Pengelly et al. (2008) volgende alternatieven voor zelfverwonding en schadebeperkende strategieën aan:

#### Minder schadelijke alternatieven voor zelfverwonding:

- Probeer zelfverwonding een tiental minuten uit te stellen en ga eens na hoe dat voelt en wat je hierbij helpt.
- Gebruik iets zachts om op te slaan of te schoppen, bijvoorbeeld een kussen.
- Geef jezelf een pijnprikkel door een elastiekje rond je pols te laten schieten.
- Knijp jezelf in plaats van jezelf te snijden.
- Doe wat fysieke inspanning. Ga wandelen, schoonmaken, tuinieren, ...
- Maak lawaai door luid te roepen of te zingen of met deuren te slaan.
- Als je de nood hebt om bloed te zien, probeer dan eens met rode stift of verf op je lichaam te tekenen.
- Hou voor een korte tijd ijsblokjes vast.
- Zorg dat je veilige voorwerpen bij je hebt om in te knijpen, zoals een tennisbal.
- Wees creatief in het vinden van dingen die je afleiden of je een goed gevoel geven.

#### Schadebeperkende strategieën:

- Een 'veilige' overdosis bestaat niet, neem dus geen pillen.
- Als je geen alternatief ziet, gebruik dan enkel schone en scherpe instrumenten om jezelf te snijden. Op die manier verminder je het risico op infectie en complicaties.
- Zorg dat je voldoende gevaccineerd bent tegen tetanus.
- Wanneer je jezelf snijdt, vermijd dan plaatsen waar grote aders en slagaders dicht tegen het huidoppervlak liggen.
- Bescherm jezelf tegen hiv en hepatitis door nooit materiaal uit te lenen waarmee je jezelf verwondt.
- Zorg dat je een goed uitgeruste verzorgingskit ter beschikking hebt en zorg dat je weet hoe je het correct kan gebruiken.
- Weet wanneer medische hulp nodig is (bijvoorbeeld bij ernstige verwondingen, shock of infectie).
- Gebruik geen drugs of alcohol, wanneer het risico bestaat dat je jezelf gaat verwonden. Je loopt het risico jezelf ernstiger te verwonden dan je bedoelt.
- Probeer jezelf steeds minder ernstig te verwonden en probeer gaandeweg langere periodes jezelf niet te verwonden.



Voorzichtigheid is echter geboden. Schadebeperking dient te worden beschouwd als slechts een onderdeel van een uitgebreid individueel zorgplan en is misschien niet bij elke zorgvrager het meest aangewezen (Fish et al., 2011; Pengelly et al., 2008). Bovendien zijn een geïnformeerde toestemming en keuzevrijheid van de zorgvrager belangrijke vereisten (Pengelly et al., 2011). Een ander aandachtspunt is de nood aan een duidelijk beleid alvorens hulpverleners de schadebeperkende benadering kunnen implementeren in hun behandelplan. Het zorgvuldig uitstippelen van het beleid is echter niet eenvoudig, omdat er momenteel nog relatief weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar is. Bovendien zijn er nog heel wat onduidelijkheden op wettelijk en ethisch vlak (Fish et al., 2011; Pengelly et al., 2008). Fish en collega's (2011) besluiten dat ondanks de schaarse wetenschappelijke literatuur en de nog bestaande onduidelijkheden, het zeker geen kwaad kan om informatie aan te bieden aangaande veiligere manieren om zichzelf te verwonden, infectiepreventie en wanneer medische hulp vereist is.

Wat infectiepreventie betreft, stellen Chen et al. (2012) dat educatie over correcte wondzorg bij traumatische wonden een waardevolle interventie is. Zij voerden een onderzoek naar de effectiviteit van wondzorgeducatie op een spoedafdeling bij patiënten met traumatische wonden. Bij de patiënten die het educatieprogramma hadden gevolgd, was de kennis rond adequate wondzorg beduidend beter dan bij de controlegroep, die enkel de gebruikelijke zorg en instructies bij ontslag hadden gekregen. Bij de interventiegroep kwamen bovendien twee weken na het trauma minder wondinfecties (slechts 9%) voor in vergelijking met de controlegroep (20%). Dit verschil was significant (Chen et al., 2012).

Bijgevolg zou een interventie in de vorm van een informatieve website over het verzorgen van zelf toegebrachte wonden er ook toe kunnen bijdragen dat mensen die zichzelf verwonden minder last krijgen van de eerder beschreven nadelige gevolgen van zelfverwonding. Die interventie blijkt ook goed te passen binnen het kader van de schadebeperkende benadering bij zelfverwonding. De schadebeperkende strategieën en veiligere alternatieven voor zelfverwonding zullen worden opgenomen in de praktische uitwerking.

### ***E. De verzorging van zelf toegebrachte huidletsels***

Het is gunstig voor mensen die zichzelf verwonden dat ze zichzelf kunnen verzorgen en dat ze correct kunnen inschatten wanneer ze meer geschikte hulp moeten zoeken (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012). Ze moeten informatie krijgen over: tekenen van infectie, hoe ze de wonde kunnen schoonhouden door ze te reinigen met natriumchloride 0.9% of met kraantjeswater, het belang van wondrust door verbanden intact ter plaatse te houden tot een verbandwissel nodig is, wanneer medische hulp vereist is (bijvoorbeeld bij de aanwezigheid van grote hoeveelheden exsudaat, slechte geur en meer pijn) (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012).

## Snijwonden

Het is belangrijk om steeds eerst de handen te wassen en eventueel niet-steriele handschoenen aan te trekken alvorens te starten met een wondverzorging (Rode Kruis Vlaanderen, 2011). De eerste hulp bij een snijwonde bestaat erin de bloeding te stelpen door op de wonde te drukken (Rode Kruis Vlaanderen, 2011). Dit kan met behulp van een schone doek die geen vezels afgeeft (Benbow & Deacon, 2011).

Dan volgt het reinigen van de wonde door ze overvloedig te spoelen met lauwwarm fysiologisch water en zeker tot eventueel vuil uit de wonde verwijderd is. Spoelen met lauwwarm drinkbaar kraantjeswater kan ook (Ousey & Ousey, 2012; Rode Kruis Vlaanderen, 2011). Het spoelen van de wonde geniet de voorkeur omdat wrijven met gaasjes of watten vezels kan achterlaten in de wonde. Indien aanwezig moeten vreemde stoffen of dood weefsel worden verwijderd (Ousey & Ousey, 2012). Na het reinigen dient de huid rondom de wonde te worden drooggedept, hierbij mag de wonde zelf niet aangeraakt worden (Rode Kruis Vlaanderen, 2011).

Alvorens verder te gaan, moet de ernst van de wonde ingeschat worden volgens de oorzaak van de verwonding, het materiaal waarmee de wonde werd veroorzaakt, de plaats, de lengte en diepte, pijnvaring en tekenen van schade aan de zenuwen of pezen (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012). Er is gespecialiseerde hulp vereist in volgende gevallen: de bloeding kan niet gestelpt worden, de wonde kan niet goed gereinigd worden, er zijn onderhuidse weefsels zichtbaar, er zit een voorwerp in de wonde, de wonde bevindt zich op het gezicht, aan de ogen of ter hoogte van de geslachtsdelen, er is onzekerheid over voldoende vaccinatie tegen tetanus, de persoon heeft diabetes of een verminderde immuniteit (Rode Kruis Vlaanderen, 2011).

Wanneer geen medische hulp vereist is, kan de wonde worden afgedekt met een wondpleister, een steriel kompres of een ander geschikt verband, dat bij voorkeur niet in de wonde gaat kleven (Rode Kruis Vlaanderen, 2011). De keuze van een geschikt verband om de wonde af te dekken is essentieel. Een goed afdekkend verband zorgt voor een vochtige wondomgeving, beschermt de wonde, voorkomt maceratie van de wondranden, absorbeert exsudaat, vermindert de pijn, is eenvoudig aan te brengen, is aangepast aan de wonde en is aanvaardbaar voor de patiënt (Ousey & Ousey, 2012). De patiënt moet de keuze voor een bepaald type verband goed begrijpen en weten wat de functie is en hoe lang het ter plaatse moet blijven (Ousey & Ousey, 2012).

Het is belangrijk de wonde zelf vochtig te houden, want onderzoek heeft aangetoond dat een vochtige wondomgeving uitdroging van de wonde en weefselschade kan voorkomen. Bovendien helpt een vochtige wondomgeving bij het vormen van nieuwe bloedvaatjes, de afbraak van dood weefsel en fibrine en de patiënt ervaart minder pijn (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012). Er moet wel opgelet worden dat de wonde niet te vochtig wordt, want dan kunnen de wondranden gaan verweken met verdere weefselschade tot gevolg. (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012). In het begin van de wondgenezing of bij geïnfecteerde wonden, is er meer exsudaat aanwezig en is er een meer absorberend verband nodig (Benbow & Deacon, 2011). In een later stadium,

wanneer de wonde minder exsudaat produceert, kan worden overgeschakeld op een minder absorberend verband (Benbow & Deacon, 2011).

In de NICE richtlijnen van 2004 wordt bij kleinere oppervlakkige wonden het gebruik van wondlijm of wondhechtingsstrips als standaardbehandeling aangeraden om de wonde te sluiten (Benbow & Deacon, 2011; Ousey & Ousey, 2012). Er wordt zelfs gesuggereerd dat mensen die zichzelf herhaaldelijk verwonden wondlijm ter beschikking zouden moeten krijgen, vergezeld van duidelijke instructies voor een correcte toepassing (Benbow & Deacon, 2011). Zo mogen deze middelen niet gebruikt worden op harige huid of bij vermoeden van infectie. Wondlijm hoort ook niet aangewend te worden ter hoogte van de slijmvliezen, dus in de buurt van de genitaliën, en ook niet op plaatsen waar de huid vaak wordt uitgestrekt, zoals op knieën en handen (Benbow & Deacon, 2011). Wanneer wondlijm in de wonde zelf terechtkomt, vertraagt het de wondheling en kan een ontstekingsreactie optreden (Benbow & Deacon, 2011). Het lijkt dan ook niet aangewezen om op de website het gebruik van wondlijm te suggereren. Het is de bedoeling om schadelijke gevolgen te vermijden en het risico op verkeerd gebruik is te groot.

Indien de wonde in het ziekenhuis gesloten is met wondlijm of hechtstrips, moet het verband vijf dagen ter plaatse blijven en droog worden gehouden. Het lospulken van eventuele lijmresten en korstjes is af te raden, ze zullen vanzelf loskomen. Gedurende het genezingsproces is regelmatige herhaling van de wondbeoordeling nodig om eventuele complicaties tijdig op te merken (Benbow & Deacon, 2011). Er moet aandachtig gekeken worden of er infectietekenen aanwezig zijn. De typische infectietekenen en bijkomende symptomen zijn reeds besproken.

Zoals eerder aangehaald, is littekenvorming het normale eindstadium na wondgenezing. Dit zijn enkele praktische tips om littekenweefsel te verzorgen:

- Het gebruik van vitamine E kan de genezing versnellen en heeft een gunstige invloed op het uitzicht van littekens. Het is verkrijgbaar in crèmes en tabletten, maar komt ook voor in volgende voedingswaren: plantaardige oliën, noten, tarwekiemen, eieren en groene groenten (Benbow & Deacon, 2011).
- Er bestaan speciale oliën, bestemd voor toepassing om littekensweefsel, die helen de huid en het litteken beter te hydrateren (Benbow & Deacon, 2011).
- Het littekenweefsel inwrijven met cacaoboter kan de genezing bevorderen en voorkomt dat het littekenweefsel overmatig verder groeit dan de oorspronkelijke wonde (Benbow & Deacon, 2011).
- Lokale druk toepassen op het litteken kan het platter en zachter maken, maar wordt afgeraden indien het pijn veroorzaakt (Benbow & Deacon, 2011).
- Dokters kunnen medische behandelingen voorschrijven, waaronder speciale crèmes, bestemd voor littekens (Benbow & Deacon, 2011).

Gezien de invloed van littekens op het psychisch welbevinden en de levenskwaliteit, zoals eerder beschreven door Brown en collega's (2008), is het nuttig deze tips mee op te nemen in het voorontwerp van de website. Het is ook mogelijk dat door deze tips bewust te volgen, niet enkel de objectieve ernst, maar ook de subjectieve inschatting van de littekens wordt beïnvloed. Wat dan weer kan leiden tot een daling van de psychosociale stress, geassocieerd met de littekens zoals gesteld door Brown et al. (2010).

### *Brandwonden*

De eerste hulp bij brandwonden bestaat uit het stoppen van de verbranding door de wonde te spoelen met koel of lauw leidingwater gedurende minstens 10 minuten en tot de pijn verzacht (Dean & Mulligan, 2009; Rode Kruis Vlaanderen, 2011). Het gebruik van ijs, ijswater, crèmes of andere vette substanties is sterk af te raden (Dean & Mulligan, 2009; Rode Kruis Vlaanderen, 2011). Vervolgens moet een grondige inschatting worden gemaakt van de ernst van de brandwonde, want daarvan hangt de behandeling af (Rowley-Conwy, 2012). Lichte brandwonden zullen doorgaans vanzelf genezen, maar een grondige beoordeling en de daaruit volgende behandeling hebben een gunstig effect op het uitzicht en het functieherstel (Rowley-Conwy, 2012).

Brandwonden worden beoordeeld op basis van de grootte en diepte, de plaats en de leeftijd van de persoon (Rode Kruis Vlaanderen, 2011). De wonde wordt ook onderzocht op de kleur van het wondbed, de aanwezigheid van blaren, korsten en exsudaat, de aanwezigheid van pijn, gevoeligheid en capillaire terugvloei en abnormale ontstekingsreacties. Verder is het van belang te weten dat de oorzaak van het letsel gekend is (Rode Kruis Vlaanderen, 2011) en het tijdstip waarop het is ontstaan. De medische achtergrond van de patiënt moet ook gekend zijn. (Rowley-Conwy, 2012).

Het beoordelen van de diepte van brandwonden is niet eenvoudig, want het zijn dynamische wonden en ze kunnen dus nog dieper worden tot 48 uur na het ontstaan (Rowley-Conwy, 2012). Bovendien is een brandwonde niet altijd overal even diep. De diepte van een brandwonde bepaalt hoe lang het genezingsproces zal duren en hoe langer de genezing, hoe groter het risico op infecties en ontsierende littekens (Rowley-Conwy, 2012).

Na een grondige beoordeling kunnen brandwonden worden ingedeeld in 4 categorieën: eerstegraadsbrandwonden, oppervlakkige tweedegraadsbrandwonden, diepe tweedegraadsbrandwonden en ten slotte derdegraadsbrandwonden (Rowley-Conwy, 2012).

De bijhorende kenmerken worden hieronder per categorie besproken (Rowley-Conwy, 2012):

- **Eerstegraadsbrandwonden:** de huid is rood of roze gekleurd, maar niet beschadigd. De huid doet pijn, maar geneest spontaan binnen 3 tot 5 dagen (Rode Kruis Vlaanderen, 2011; Rowley-Conwy, 2012).
- **Oppervlakkige tweedegraadsbrandwonden:** de huid is beschadigd en de wondbodem is roze of rood en vochtig. Meestal zijn er blaren en de wonde is extreem pijnlijk bij aanraking. Wanneer je druk uitoefent op de wonde wordt ze wit en de capillaire terugvloeï gaat snel. Deze brandwonden genezen, mits de juiste verzorging, binnen 7 tot 14 dagen (Rowley-Conwy, 2012).
- **Diepe tweedegraadsbrandwonden:** de wondbodem kan er wit gevlekt of diepzwart uitzien en heeft een wasachtig droog oppervlak. De gevoeligheid is verminderd en er is minder exsudaat en blaarvorming aanwezig dan bij oppervlakkige tweedegraadsbrandwonden. Bij uitoefenen van druk wordt de wonde wit, maar de capillaire terugvloeï is vertraagd. Deze wonden genezen na 14 tot 21 dagen. Indien ze dan toch niet genezen zijn, volgt een huidtransplantatie (Rowley-Conwy, 2012).
- **Derdegraadsbrandwonden:** de wondbodem kan zwart, bruin of wit zijn, met een lederachtig uitzien oppervlak. Er is geen gevoelssensatie meer. De huid rondom doet wel pijn (Rode Kruis Vlaanderen, 2011). Bij druk, wordt de wonde niet wit en er is geen capillaire terugvloeï. Zulke wonden kunnen enkel vanuit de wondranden terug opgroeien, wat leidt tot ernstige contracturen van de huid. Derdegraadsbrandwonden vereisen altijd een huidtransplantatie (Rowley-Conwy, 2012).

Dean en Mulligan (2009) en het Rode Kruis Vlaanderen (2011) maken de onderverdeling in oppervlakkige en diepe tweedegraadsbrandwonden niet.

In volgende gevallen dient onmiddellijk medische hulp te worden geraadpleegd (Dean & Mulligan, 2009; Rode Kruis Vlaanderen, 2011):

- derdegraadsbrandwonden.
- brandwonden aan het gezicht, handen en voeten, gewrichten of ter hoogte van de genitaliën.
- brandwonden in de mond of keelholte.
- brandwonden die de hals, de romp of een lidmaat volledig omsluiten. Door zwelling kan de bloedtoevoer namelijk worden onderbroken.
- tweedegraadsbrandwonden die groter zijn dan 1% van het lichaamsoppervlak (dit komt ongeveer overeen met de grootte van de handpalm en vingers van de patiënt).
- oppervlakkige brandwonden die meer dan 5% van het lichaamsoppervlak bedekken.
- de wonde heeft een gemengd karakter en vertoont verschillende diepten.
- er is twijfel over de ernst van de brandwonde.
- het gaat om iemand jonger dan 5 of ouder dan 60.

Wanneer medische hulp vereist is, moet de zorgvrager de wonde afdekken met een steriel verband, een gewassen doek of desnoods met keukenfolie om ze te beschermen tegen infectiegevaar tijdens het vervoer naar het ziekenhuis (Dean & Mulligan, 2009). Een aandachtspunt hierbij is om nooit een verband of ander afdek materiaal rond een lidmaat te wikkelen. Ringen en andere zaken die kunnen gaan knellen moeten verwijderd worden nog voor er zwelling optreedt. Kledij die in de wonde kleeft, mag niet verwijderd worden en de patiënt moet warm gehouden worden omwille van het risico op onderkoeling (Dean & Mulligan, 2009).

Brandwonden kunnen extreem pijnlijk zijn, daarom is het aan te raden om aan pijnstilling te doen voor de wondzorg en volgende verbandwissels. Vervolgens kan men starten met het reinigen van de wonde door ze onder zachte druk te spoelen met natriumchloride 0.9% of drinkbaar kraantjeswater. Het is niet aangewezen om de wonde in water onder te dompelen omwille van risico op maceratie, douchen is een veel beter alternatief. Het ontsmetten van de wonde is op dit moment niet nodig (Rowley-Conwy, 2012).

Er is discussie in de literatuur over het al dan niet debrideren van blaren (Murphy & Amblum, 2014). Het Rode Kruis Vlaanderen (2011) raadt aan om blaren intact te laten. Op basis van de analyse van 30 studies, concluderen Murphy en Amblum (2014) echter dat bij de meeste blaren debrideren de betere optie is. Debrideren bevordert het herstel en laat meteen een grondige beoordeling van de brandwonde toe (Murphy & Amblum, 2014; Rowley-Conwy, 2012). Als vuistregel stellen ze het volgende voor: blaren die kleiner zijn dan de nagel van de pink, worden intact gelaten, bij grotere blaren moet het blaardak volledig verwijderd worden. Ze suggereren wel dat dit advies elke drie jaar opnieuw moet herzien worden op basis van nieuw wetenschappelijk onderzoek (Murphy & Amblum, 2014). Aangezien het onderzoek van Murphy & Amblum zeer recent is (2014) en gebaseerd is op een groot aantal bronnen, wordt de voorgestelde vuistregel meegenomen in de praktische uitwerking. Er zal wel worden afgeraden om zelf grote blaren te debrideren, die taak wordt voorbehouden voor medische hulpverleners.

Na eventueel debrideren van het blaardak moet de wonde worden afgedekt met een geschikt verband. Rowley-Conwy (2012) noemen volgende kenmerken als criteria voor een geschikt brandwondenverband: het bevordert genezing, absorbeert exsudaat, voorkomt bacteriële kolonisatie, laat beweging toe, kleeft niet in de wonde het belemmert de doorbloeding niet. Eerstegraadbrandwonden moeten niet worden afgedekt aangezien de huid nog intact is. Het letsel hydrateren met een niet-geparfumeerde crème is meestal voldoende. De combinatie van een siliconen netverband met een absorberend afdekkend verband is uitermate geschikt voor tweedegraadsbrandwonden (Rowley-Conwy, 2012).

## **F. Het internet en zelfverwonding**

Op dit vlak is er nog niet zoveel onderzoek gebeurd, aangezien het internet een relatief jong medium is (Lewis et al., 2012; Swanell et al., 2010). In Vlaanderen en Nederland lijken er zelfs nog geen wetenschappelijke studies te bestaan. Er zijn wel een aantal buitenlandse auteurs die onderzoeksresultaten gepubliceerd hebben over het internetgebruik bij mensen die zichzelf verwonden en over zelfverwonding op het internet.

Mensen die zichzelf verwonden gaan vaak gebukt onder gevoelens van schaamte, sociaal isolement en spanning. Het internet laat hen toe om anoniem en vrijwel kosteloos informatie op te zoeken en met elkaar in contact te treden (Duggan & Whitlock, 2012; Swanell et al., 2010). Ze kunnen elkaar ondersteunen, ervaringen en meningen uitwisselen. Maar dit brengt ook risico's met zich mee. Iedereen kan namelijk eender wat online plaatsen. De mate waarin schokkende inhoud, grove taal en expliciet beeldmateriaal wordt verwijderd of online blijft staan, varieert sterk naargelang de websites. Dit wordt namelijk beïnvloed door de manier waarop gemodereerd wordt (Lewis et al., 2012; Lewis et al., 2011; Swanell et al., 2010).

Op het internet vinden dus voordelige activiteiten plaats rond het onderwerp zelfverwonding. Websites over zelfverwonding zijn meestal ontworpen om informatie en ondersteuning te bieden aan mensen die zichzelf verwonden, hun familie, professionele hulpverleners en het grote publiek. Er wordt advies gegeven aangaande de behandeling en het onder controle houden van zelfverwondend gedrag (Duggan & Whitlock, 2012; Swanell et al., 2010). Lotgenoten krijgen indirecte hulp in de vorm van getuigenissen, tips om met schaamte om te gaan en het zelfbeeld te verbeteren, verwijzingen naar hulpverlening (Swanell et al., 2010). Ook op discussieforums vind je steunende interacties en een positieve houding tegenover hulpverlening (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2012; Swanell et al., 2010). Het gevoel ergens bij te horen helpt mensen om zichzelf minder te verwonden (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2012; Swanell et al., 2010). Het doorbreekt hun isolement en vervult belangrijke ontwikkelingsbehoeften van gestigmatiseerde mensen die nood hebben aan contact met lotgenoten (Duggan & Whitlock, 2012).

Maar verschillende auteurs rapporteren ook nadelige activiteiten op het internet met betrekking tot zelfverwonding. Online interacties rond zelfverwonding kunnen ertoe leiden dat zelfverwondend gedrag steeds normaler wordt gevonden (Daine et al., 2013; Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2012; Lewis et al., 2011; Swanell et al., 2010). Het bekrachtigt zelfverwonding als copingmechanisme (Duggan & Whitlock, 2012). Dit leidt mogelijks tot een 'sociaal besmettingseffect' (Lewis et al., 2011; Swanell et al., 2010). Profiel foto's bestaan soms uit expliciet beeldmateriaal over zelfverwonding (Swanell et al., 2010). Gebruikers kunnen worden getriggerd tot zelfverwonding door de expliciete inhoud op discussieforums, sociale netwerksites en websites voor het delen van videomateriaal (Lewis et al., 2011; Swanell et al., 2010). Maar triggerwaarschuwingen worden zeer vaak niet gegeven (Lewis et al., 2011).

Op discussieforums staan soms erg schokkende en gedetailleerde beschrijvingen van zelfverwondend gedrag (Swanell et al., 2010). Dit kan ertoe leiden dat mensen nieuwe methoden aannemen om zichzelf te verwonden (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2011). Via internet worden tips gedeeld om de gevolgen van zelfverwonding te verstoppen voor de omgeving (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2011; Swanell et al., 2010). Ook worden er onder elkaar tips gedeeld voor eerste hulp en verzorging bij zelf toegebrachte verwondingen, dit kan volgens Lewis en collega's (2012) de stap naar de hulpverlening vertragen en het idee geven dat hulp zoeken niet nodig is (Lewis et al., 2012).

Duggan en Whitlock (2012) halen nog een potentieel ernstig risico aan. Omdat de jongere leden van internetgemeenschappen een zeer intens samenhorigheidsgevoel ervaren, kan het erg moeilijk zijn om de internetgemeenschap te verlaten, want dan wordt dat gemeenschapsgevoel bedreigd. Meer zelfs, jongere gebruikers vertonen een vermijding van reële sociale contacten en verkiezen internetvriendschappen. Online contacten zijn echter nogal eenzijdig en het gevaar bestaat dat het individu onvoldoende sociale vaardigheden ontwikkelt (Duggan & Whitlock, 2012).

Hulpverleners die werken met mensen die zichzelf verwonden, moeten zich bewust zijn van wat er allemaal te vinden is op het internet rondom het thema zelfverwonding (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2012; Lewis et al., 2011). Het is tevens belangrijk dat ze op de hoogte zijn van de voordelige en nadelige effecten op het zelfverwondend gedrag en op de therapie (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2011). Duggan en Whitlock (2012) pleiten voor het bevragen van het surfgedrag van de hulpvrager tijdens het intakegesprek en voor het bespreekbaar te maken binnen de therapie. Dit kan met behulp van een online dagboek, waarin de hulpvrager het internetgebruik met de focus op zelfverwonding registreert. Het noteren van de frequentie en de aard van de online activiteiten, de hiermee gepaard gaande emoties en gedragingen voor tijdens en na de activiteiten, kan een handig hulpmiddel zijn binnen therapie. Op die manier kunnen uitlokkers van het gedrag worden geïdentificeerd die anders misschien onbekend bleven. Tevens krijgt de hulpverlener de kans om te wijzen op de risico's van bepaalde online activiteiten en de cliënt te verwijzen naar gezondere alternatieven (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al., 2012).

Duggan & Whitlock (2012) zijn van mening dat het internet zeker mogelijkheden biedt voor interventies gericht op mensen die zichzelf verwonden. Informatieve websites zijn volgens hen geschikte hulpmiddelen om informatie en psycho-educatie aan te bieden. Ze stellen hierbij wel een aantal belangrijke voorwaarden. De makers, beheerders en moderators moeten over de vaardigheden beschikken om gezonde contacten en persoonlijke groei te stimuleren. Ze moeten adequaat kunnen omgaan met onverwachte risico's die kunnen ontstaan ten gevolge van de online interventies. Alle initiatieven tot online preventie en interventie moeten gepaard gaan met de bereidheid om mogelijke gevolgschade, onvoorziene crises, beperkte investering door de hulpvragers aan te pakken, evenals zich te buigen over ethische kwesties, zoals vertrouwelijkheid en privacybeleid (Duggan & Whitlock, 2012).



Verder concluderen ze dat er nog nood is aan wetenschappelijk onderzoek naar specifieke karakteristieken, behoeften en internetvoorkeuren van de doelgroep. Deze kennis laat dan toe om de onlinehulpverlening optimaal aan de doelgroep aan te passen, want hierover is nog te weinig bekend (Duggan & Whitlock, 2012). Daine et al. (2013) rapporteren dat er op het tijdstip van hun onderzoek, nog geen online initiatieven bestonden voor deze doelgroep. Er bestaat dus nog geen voorbeeld waaruit we kunnen leren. Een mogelijke oplossing is om via de website rechtstreeks feedback te vragen aan de gebruikers om zo goed mogelijk aan hun behoeften te kunnen voldoen.

## **G. Onlinehulpverlening**

In 2011 melden Bocklandt, De Zitter en Steyaert dat er nog geen overzicht bestaat van het onlinehulpaanbod in Vlaanderen. Er zijn wel enkele organisaties die chathulp aanbieden op de eerste lijn. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het aanbod nog beperkt tot enkele experimentele initiatieven. De Vlaamse Overheid erkent wel dat deze vorm van hulpverlening zinvol kan zijn in de geestelijke gezondheidszorg en in eerstelijnswelzijnswerk. Er is ook al een aanvraag lopende voor terugbetaling van onlinebegeleiding door het RIZIV. De onlinehulpverlening verkeert in Vlaanderen met andere woorden nog in de beginfase (Bocklandt et al., 2011).

### *Begripsomschrijving van onlinehulpverlening*

Het begrip onlinehulpverlening wordt door Beelen (2011) als volgt omschreven: “Onlinehulpverlening omvat elke hulpverleningsinterventie waarbij gebruikgemaakt wordt van informatie- en communicatietechnologie (ICT) die gericht is op de bezoeker/hulpvrager en zijn omgeving, met het oog op het verhogen van het welzijn in de ruime zin van het woord.” (Beelen, 2011, p. 44). Onlinehulpverlening van verschillende doelen hebben, namelijk informatie en advies geven, ondersteuning bieden, begeleiden, behandelen en nazorg.

### *Vormen van onlinehulpverlening*

Beelen (2011) maakt een onderscheid tussen statische en interactieve onlinehulp. Bij statische onlinehulp wordt er enkel informatie aangeboden en is er geen interactie tussen de gebruiker en de hulpverlener. Statische onlinehulp omvat de informatieve websites, die vaak als toegangspoort fungeren naar de onlinehulpverlening. Bij interactieve onlinehulp is er wel interactie tussen hulpverleners en hulpvragers. Die interactie kan uitgesteld, gelijktijdig (bijvoorbeeld één-op-éénchat en gespreksgroepen) of onbepaald plaatsvinden. Voorbeelden van uitgestelde interactie zijn discussieforums en E-mail. Eén-op-éénchat en gespreksgroepen zijn voorbeelden waarbij de interactie zo goed als gelijktijdig gebeurt. Bij onlinehulp met onbepaalde interactie vind je beide interactievormen terug. Hierbij horen dan weer de sociale netwerksites, serious games en zelfhulpinstrumenten (Beelen, 2011).

Met het oog op het eindproduct van deze bachelorproef wordt in de literatuurstudie enkel verder ingegaan op statische online hulpverlening in de vorm van een informatieve website.

### *De informatieve website*

Een website is een verzameling pagina's op het net, die informatie bevatten over een bepaald onderwerp (Beelen, 2011). Gezondheidswebsites hebben als doel een antwoord te bieden op vragen van gebruikers en hun kennis te vergoten aangaande gezondheid en ziekte. Onlinehulpverlening via een niet-interactieve website heeft een aantal belangrijke voordelen. Zo moeten hulpvragers niet meer de fysieke verplaatsing maken naar de hulpverleners, ze hebben met behulp van ICT permanent snelle toegang tot de informatie. Er is geen tijdsdruk, waardoor de lezers meer kans hebben tot reflecteren. Het gebruik van de informatie heeft een vrijblijvend karakter. Er is geen direct persoonlijk contact. De gebruikers kunnen de informatie in alle anonimiteit lezen, bewaren en weer herlezen. Die anonimiteit is een belangrijk voordeel want de gebruikers moeten geen schaamte overwinnen om een vraag te stellen. Het gebruik van dit medium is vrijwel kosteloos voor de gebruikers. Deze voordelen dragen bij tot een drempelverlaging bij de hulpvragers (Beelen, 2011).

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan dit medium. Zo is er door het ontbreken van persoonlijk contact geen non-verbale communicatie, waardoor informatie op betrekkningsniveau verloren kan gaan. Er is bovendien kans dat zaken verkeerd begrepen worden en dit wordt niet opgemerkt door de informatieverstrekker. De eerste indruk over de website bepaalt in grote mate of de lezer gebruik zal maken van de aangeboden informatie. De gebruiksvriendelijkheid van de website heeft dus een grote invloed op het bereiken van de doelgroep. Bovendien moet een website goed te vinden zijn om de doelgroep te kunnen bereiken. Nog een belangrijk nadeel is ook de kans op technische storingen. Wanneer een website offline is of traag werkt, kan dit leiden tot frustratie en vertrouwensverlies bij de gebruikers, waardoor ze kunnen afhaken (Beelen, 2011).

Het bieden van informatie en adviezen verloopt meestal slechts in één richting, namelijk van de informatieverstrekker naar de gebruiker (Beelen, 2011). Het is dan ook belangrijk dat de informatie op een juiste manier overkomt bij de bezoeker. De gebruiksvriendelijkheid van de website bepaalt in hoge mate of de informatie de doelgroep zal bereiken. Gebruikers lezen op een scherm immers op een heel andere manier dan op papier.

---

Daarom geeft Beelen (2011) een aantal tips om een website efficiënt, leesvriendelijk en gebruiksvriendelijk te maken:

1. Vertaal de informatie naar korte stukjes tekst.
2. Gebruik eenvoudige taal.
3. Formuleer korte zinnen.
4. Geef alleen de hoofdzaken weer en biedt de lezer eventueel de mogelijkheid om door te klikken voor meer verdiepende informatie.
5. Voorzie een zichtbare navigatiestructuur, zodat de lezer eenvoudig de weg vindt in de aangeboden informatie.

### ***H. De HON-code***

In 1996 is in Zwitserland de Health On the Net Foundation (HON) opgericht naar aanleiding van een conferentie over de invloed van het internet op de gezondheidszorg. De stichting HON is een internationale, neutrale en onafhankelijke non-profitorganisatie die tracht de internetgebruiker te leiden naar betrouwbare en relevante medische en gezondheidsinformatie. Het internet wordt namelijk steeds vaker aangewend in de zoektocht naar informatie over ziekte en gezondheid. Maar niet alle online informatie is even betrouwbaar. Vaak is het voor de lezer niet eenvoudig om te achterhalen wat de oorsprong is van de informatie en of het gaat om correcte informatie of eerder om een vorm van reclame. Daarom houdt de Health On the Net Foundation zich bezig met enerzijds het verbeteren van de kwaliteit van online gezondheidsinformatie en anderzijds met het verbeteren van de toegang tot deze informatie (<https://www.healthonnet.org/>).

Om de kwaliteit en transparantie van medische en gezondheidsinformatie op het net te verbeteren, heeft de Health On the Net stichting de HON-code opgesteld. Dit is een gedragscode op basis van 8 ethische principes, die gebruikt wordt om websites te certificeren (<https://www.healthonnet.org/>):

1. **Deskundigheid:** de identiteit en professionele kwalificaties van de auteurs dienen op de website vermeld te zijn. Dit zet de auteurs ertoe aan de kwaliteit van de informatie te verbeteren.
2. **Aanvullend:** de website dient een aanvulling te zijn op de hulpverleningsrelatie en kan het reële contact met een arts niet vervangen.
3. **Privacybeleid:** de gebruikers moeten de garantie krijgen dat er vertrouwelijk met hun persoonlijke informatie wordt omgegaan. Indien er gebruikersgegevens verzameld worden via de website, dient dit ook op een transparante wijze te worden vermeld.
4. **Attributie:** De auteurs moeten aan bronvermelding doen en tevens duidelijk aangeven wanneer de informatie het laatst werd aangepast.
5. **Rechtvaardiging:** alle beweringen over producten of behandelingen, moeten wetenschappelijk bewezen zijn.
6. **Toegankelijkheid:** de informatie moet zo duidelijk mogelijk zijn en contactadressen voor meer informatie of hulp dienen te worden vermeld op de website.

7. **Financiering:** transparantie over de financiering van de website en mogelijke belangenconflicten is vereist.
8. **Openheid over het reclamebeleid:** er wordt duidelijk aangegeven wanneer er geadverteerd wordt, opdat de gebruikers goed de eigenlijke informatie zouden kunnen onderscheiden van reclame.

Op internationaal niveau is de HON-code de oudste en meest gebruikte ethische code voor het certificeren van medische en gezondheidswebsites. In Frankrijk is het sinds 2007 zelfs de enige officiële standaard voor de certificatie van medische websites. De Health On the Net Foundation streeft met de certificering drie doelen na. Ten eerste trachten ze op die manier de websiteontwikkelaars meer bewust te maken van de ethische regels waaraan gezondheidswebsites dienen te voldoen en hen aan te zetten om een certificaat aan te vragen. Ten tweede draagt certificering ertoe bij dat gebruikers kwaliteitsvolle gezondheidswebsites beter kunnen herkennen en beoordelen. Ten derde worden professionele hulpverleners geïnformeerd over het bestaan van het certificaat als hulpmiddel om zorgvragers efficiënt te verwijzen naar correcte informatie aangaande hun gezondheid (<https://www.healthonnet.org/>).

Iedereen die via een website medische of gezondheidsinformatie aanbiedt aan het publiek, kan langs de website van de stichting HON een aanvraag doen tot gratis certificering. Dan volgt een evaluatie door HON. Indien de website niet voldoet, krijgt de houder een lijst met verbeterpunten. Als de website na de veranderingen wel voldoet aan de HON-code, krijgt die alsnog een certificaat en een HON-logo ter herkenning. Op het certificaat staat de datum van certificering vermeld en ook op welke manier de website voldoet aan de acht ethische principes. Jaarlijks gebeurt er een controle door iemand van HON, waarna de certificering wordt ingetrokken of verlengd met een jaar. Verder werkt de Health On the Net stichting met een online klachtensysteem, zodat gebruikers kunnen melden wanneer een website niet overeenstemt met de HON-code. De stichting controleert dan of de klachten gegrond zijn en onderneemt indien nodig actie om ervoor te zorgen dat de website terug voldoet aan de eisen (<https://www.healthonnet.org/>).

De HON-code biedt interessante toepassingsmogelijkheden voor de uitwerking van de richtlijnen als eindproduct van dit werkstuk. Met het oogpunt op effectieve verwezenlijking van de website en nadien de evaluatie ervan, is het aan te raden om al van bij de start de ethische regels van de code in acht te nemen. De 8 principes zullen bijgevolg deel uitmaken van de set richtlijnen.

---

# Praktisch gedeelte

---

## 2. Methode

Met dit werk wordt beoogd een set van richtlijnen op te stellen, die toelaten om een kwaliteitsvolle, gebruiksvriendelijke en laagdrempelige website te ontwikkelen als aanvulling op het reeds bestaande hulpverleningsaanbod in Vlaanderen voor mensen die zichzelf verwonden. Verder kunnen deze richtlijnen worden aangewend om de kwaliteit van de onlinehulpverlening voor deze specifieke doelgroep in kaart te brengen, te evalueren en eventueel bij te sturen.

De richtlijnen omvatten ten eerste praktische aanbevelingen om de informatie op een gebruiksvriendelijke manier weer te geven. Vervolgens handelen de richtlijnen over hoe je op een ethische manier aan kwaliteitsvolle onlinehulpverlening kan doen en tot slot over hoe je online hulp kan bieden op een manier die aanleunt bij de specifieke noden van mensen die zichzelf verwonden. In de literatuur werden echter geen richtlijnen of adviezen gevonden voor een geschikte manier om aan onlinehulpverlening te doen voor deze specifieke doelgroep. Daarom zijn de doelgroepspecifieke richtlijnen, die in dit werk worden voorgesteld, gebaseerd op literatuur over de invloed van internetgebruik op zelfverwondend gedrag en gecombineerd met eigen ervaringen. Ten slotte volgt er een voorontwerp voor een inhoudelijk gedeelte, dat handelt over zelfbescherming en zelfzorg bij typische letsels van zelfverwonding.

Voor dit inhoudelijk gedeelte werd eerst gezocht naar een antwoord op de vraag welke de meest voorkomende huidletsels zijn na een episode van zelfverwondend gedrag. Uit de literatuur kon worden opgemaakt dat het vooral gaat om snijwonden en brandwonden. Op basis daarvan werd dan gekozen om via de website vooral informatie te verstrekken over eerste hulp en wondverzorging bij die letsels. Bijgevolg werd in de zoektocht naar wetenschappelijke literatuur de focus verlegd naar wondzorg.

In de bronnen was ook sprake van een schadebeperkende benadering van deze problematiek. Het eindelijke doel van dit werkstuk kadert binnen deze benadering. Vanuit dit gedachtegoed werd geopteerd om ook een luik toe te voegen met concrete tips om zelfverwonding, indien onafwendbaar, zo veilig mogelijk te houden om op die manier al de kans op een aantal complicaties te verminderen. In de literatuur rond schadebeperking worden tevens minder schadelijke alternatieven voorgesteld voor zelfverwonding. Om de mensen die overwegen om te stoppen met zelfverwonden van dienst te zijn, heeft het voorontwerp van de website een pagina gekregen waarop die alternatieven worden aangereikt.

## 3. Resultaten

### 3.1 De huidige stand van zaken

De hulpverlening aan mensen die zichzelf verwonden situeert zich in Vlaanderen nog hoofdzakelijk op spoedafdelingen en binnen de ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg. De interventies op de spoedafdelingen beperken zich tot wondverzorging en eventueel een doorverwijzing voor een psychiatrisch consult. Mensen die zichzelf verwonden, komen er doorgaans terecht als er iets is misgegaan. Het is namelijk vaak niet de bedoeling om op spoed terecht te komen, want zelfverwondend gedrag gaat meestal gepaard met schaamtegevoelens. Zelfverwonding heeft een erg verborgen karakter. Het is nog altijd taboe, al is er de laatste jaren wel meer over bekend geworden. Het is een moeilijk te bereiken doelgroep. Mensen die zichzelf verwonden zoeken nu eenmaal niet meteen professionele hulp en dit heeft een aantal belangrijke nadelige gevolgen.

Er bestaan in Vlaanderen nog geen professionele online initiatieven die specifiek gericht zijn op deze doelgroep. Uit de literatuur blijkt nochtans dat mensen die zichzelf verwonden veelvuldig gebruik maken van het internet en ook specifiek op zoek gaan naar materiaal rond zelfverwondend gedrag. Dit gaat van informatieve websites, over discussieforums en sociale netwerksites tot het bekijken en opladen van beeldmateriaal aangaande het thema. Wat op internet wordt geplaatst, is vaak erg expliciet en soms ronduit schokkend. De informatieve websites zijn vaak gemaakt door ervaringsdeskundigen, leken of lotgenotengroepen en de kwaliteit varieert enorm. Het is moeilijk voor de internetgebruiker om uit te maken welke informatie betrouwbaar en correct is. Wanneer gebruikers online veel bezig zijn met het thema zelfverwonding, kan dit zowel een positieve als negatieve invloed hebben op het zelfverwondingsgedrag van de gebruiker. De voordelen en risico's die aan dit surfgedrag verbonden zijn, blijven momenteel echter nog uit het vizier van de hulpverlening. Het is in Vlaanderen nog niet echt ingeburgerd om binnen de therapeutische relatie expliciet te vragen naar het internetgedrag gerelateerd aan zelfverwonding. Mogelijks heeft dit te maken met het feit dat hulpverleners zich niet echt bewust zijn van wat er allemaal op internet te vinden is rondom het thema.

Er is nog geen Vlaams of Nederlands onderzoek dat zich richt op het in kaart brengen en evalueren van webinhoud aangaande zelfverwonding en de effecten daarvan op de bezoekers. Er zijn ook nog geen concrete richtlijnen of evaluatiecriteria beschikbaar voor websites over het thema. Wel is er de HON-code, die gebruikt wordt als criterium voor certificering van gezondheidswebsites in het algemeen. Maar de HON-code en het daarbij horende zegel dat prijkt op gecertificeerde websites is nog te weinig bekend bij het grote publiek.

### 3.2 Een oplossingsgericht voorstel

Als hulpmiddel voor professionals die aan onlinehulpverlening willen doen voor deze moeilijk te bereiken doelgroep, worden een aantal kwaliteitsrichtlijnen opgesteld. Deze richtlijnen omvatten zowel praktische tips om de informatie op een gebruiksvriendelijke manier vorm te geven, als ethische richtlijnen om aan betrouwbare onlinehulpverlening te doen. Verder omvatten ze ook enkele aanbevelingen, specifiek voor online interventies speciaal voor deze doelgroep. Onderzoekers zouden deze richtlijnen, gedeeltelijk of volledig, eventueel ook kunnen gebruiken om het online hulpverleningsaanbod te evalueren.

Om mensen die zichzelf verwonden te beschermen tegen de nadelige gevolgen van zelfverwonding op lange termijn (zijnde littekens, stigmatisering, een laag zelfbeeld en een verminderde levenskwaliteit) wordt evidence-based praktische informatie verleend rond zelfzorg bij zelfverwonding. Die informatie wordt kernachtig geformuleerd in eenvoudige taal om dan op een website te worden geplaatst.

### 3.2 De toekomst

Het is de bedoeling om dit project mee te nemen naar het werkveld en het in samenwerking met gelijkgestemde professionals verder uit te werken tot een volwaardige hulpverleningswebsite, die op termijn zoveel mogelijk relevante informatie over de problematiek centraliseert.

### 3.3 Eindproduct 1: Kwaliteitsrichtlijnen voor onlinehulp via een website

#### 3.3.1 Praktische richtlijnen voor gebruiksvriendelijkheid

1. Korte stukjes tekst.
2. Eenvoudig taalgebruik.
3. Korte zinnen.
4. Beperk je tot de hoofdzaken, laat lezers eventueel doorklikken naar meer informatie.
5. Voeg een zichtbare en klikbare navigatiestructuur toe.

#### 3.3.2 Ethische richtlijnen op basis van de HON-code

1. **Deskundigheid:** vermeld de identiteit en professionele kwalificaties van de auteurs. Dit toont aan dat de auteurs zelf achter de inhoud staan.
2. **Aanvullend:** de website dient een aanvulling te zijn op de hulpverleningsrelatie en kan het reële contact met een arts niet vervangen. Vermeld dit eventueel specifiek op de website.
3. **Privacybeleid:** de gebruikers moeten de garantie krijgen dat er vertrouwelijk met hun persoonlijke informatie wordt omgegaan. Indien er gebruikersgegevens verzameld worden via de website, dient dit ook op een transparante wijze te worden vermeld. Er bestaan online voorbeelden van zulke documenten, die je naar eigen noden kan aanpassen.
4. **Attributie:** de auteurs moeten aan bronvermelding doen en tevens duidelijk aangeven wanneer de informatie het laatst werd aangepast. Pas dus ook regelmatig de informatie aan zodat de website niet veroudert.
5. **Rechtvaardiging:** alle beweringen over producten of behandelingen, moeten wetenschappelijk bewezen zijn.
6. **Toegankelijkheid:** formuleer de informatie zo duidelijk mogelijk en geef gebruikers de kans contact met je op te nemen voor verdere informatie door een contactadres toe te voegen.
7. **Financiering:** vermeld op een transparante manier hoe de website wordt gefinancierd en licht de lezers in over eventuele belangenconflicten.
8. **Openheid over het reclamebeleid:** geef duidelijk aan wat redactionele inhoud is en wat reclame is, indien er geadverteerd wordt op de website.



### 3.3.3 Doelgroepspecifieke richtlijnen

1. Respecteer de keuzevrijheid van de gebruikers en dring hen niets op.
2. Hanteer een niet-veroordelende, ondersteunende communicatiestijl.
3. Maak gebruik van triggerwaarschuwingen waar nodig. Doe dit niet alleen voor beeldmateriaal, maar ook voor geschreven materiaal met expliciete inhoud. Ook wanneer je verwijst naar zaken buiten de eigen website.
4. Controleer regelmatig de websites waarnaar je verwijst. Wees bereid om een link te verwijderen, wanneer de informatie waarnaar je verwijst niet meer voldoet.
5. Bescherm de persoonlijke gegevens van gebruikers en voer een duidelijk privacybeleid.
6. Investeer in bijscholing van de medewerkers. Makers, beheerders en moderators moeten bekwaam zijn om gezonde contacten en persoonlijke groei te stimuleren.
7. Wees bereid tot zelfreflectie, hou rekening met de mogelijkheid van onbedoelde gevolgschade van je initiatief en wees bereid eventuele problemen daadkrachtig aan te pakken.
8. Vraag feedback aan je gebruikers om je aanbod op hen af te stemmen, want de wetenschap biedt momenteel geen antwoorden.
9. Als je een discussieforum wil toevoegen aan je website, zorg dan voor een duidelijke gedragscode. Een goede moderator is essentieel.
10. Bewaak een positieve attitude tegenover de hulpverlening en hou de deur open door eventueel verwijfsadressen vrijblijvend aan te bieden.
11. Moedig de gebruikers aan om ook offline te investeren in sociale contacten.

### 3.4 Eindproduct 2: Inhoudelijk voorontwerp

De inhoud kan gepresenteerd worden aan de hand van vragen die gebruikers zich kunnen stellen. Deze vragen vormen elk een titel van een aparte webpagina, waarop kernachtig de informatie staat weergegeven.

#### A. Ik heb mezelf gesneden, wat nu?

##### *Raadpleeg medische hulp als:*

- Je de bloeding niet kan stelpen.
- Je de wonde niet goed kan reinigen.
- Er onderhuidse weefsels zichtbaar zijn.
- Er iets in de wonde zit.
- Het gaat om een wonde aan het gezicht, de ogen of geslachtsdelen.
- Je niet zeker bent dat je voldoende gevaccineerd bent tegen tetanus
- Je diabetes hebt, of een verminderde immuniteit

##### *Zorg zo goed mogelijk voor jezelf:*

- Leg een EHBO-kit klaar voor gebruik.
- Probeer jezelf te kalmeren door rustig te blijven ademen.
- Was je handen met water en zeep en droog ze goed af. Draag wegwerphandschoenen.
- Stelp het bloeden door zachte druk uit te oefenen op de wonde met behulp van een schone, niet-pluizende doek.
- Reinig de wonde door ze overvloedig en onder constante druk te spoelen met lauwwarm flessenwater, drinkbaar kraantjeswater of fysiologisch water (verkrijgbaar bij de apotheek).
- Dep de huid rond de wonde voorzichtig droog met een schone doek of kompres. Raak de wonde zelf niet meer aan.
- Dek de wonde af met een wondpleister, een steriel kompres of een ander geschikt verband. Kies voor een verband dat niet in de wonde gaat kleven. Tips voor de keuze van een geschikt verband vind je hieronder. Je kunt ook advies vragen bij de apotheek.
- Houdt het verband de komende dagen droog tijdens het baden.
- Vervang het verband als het vuil is of vochtig aanvoelt.

***Een goed afdekkend verband:***

- Zorgt voor een vochtige wondomgeving.
- Beschermt de wonde.
- Voorkomt verweking van de wondranden door teveel wondvocht.
- Absorbeert overtollig wondvocht.
- Vermindert de pijn.
- Is eenvoudig aan te brengen.
- Is aangepast aan de wonde.
- Is aanvaardbaar voor de patiënt.

**B. Ik heb mezelf verbrand, wat nu?*****Eerste hulp:***

- Koel de wonde zo snel mogelijk af onder koel tot lauwwarm stromend water.
- Verwijder juwelen en kledij die niet in de wonde vastkleven.
- Blijf koelen tot de pijn verzacht en minstens gedurende 10 minuten.
- Breng géén ijs, ijswater, crèmes of andere vette substanties aan op de wonde.
- Dep de huid rond de wonde voorzichtig droog met een schone doek of kompres. Raak de wonde zelf niet aan.

***Schat na het afkoelen de ernst in:***

- **Eerstegraadsbrandwonde:** rood, pijnlijk en misschien licht gezwollen. De huid is intact.
- **Tweedegraadsbrandwonde:** rood en/of wit, zeer pijnlijk. De huid vertoont blaren.
- **Derdegraadsbrandwonde:** Zwart, perkamentachtig of wit. De wonde zelf is niet pijnlijk, enkel de huid errond.

**Raadpleeg medische hulp:**

- Bij derdegraadsbrandwonden.
- Bij brandwonden aan het gezicht, handen en voeten, gewrichten of ter hoogte van de genitaliën.
- Bij brandwonden in de mond of keelholte.
- Bij brandwonden die de hals, de romp of een lidmaat volledig omsluiten. Door zwelling kan de bloedtoevoer namelijk worden onderbroken.
- Bij tweedegraadsbrandwonden die groter zijn dan 1% van het lichaamsoppervlak. Dit komt ongeveer overeen met de grootte van de handpalm en vingers.
- Bij oppervlakkige brandwonden die meer dan 5% van het lichaamsoppervlak bedekken.
- Bij een wonde met een gemengd karakter en verschillende diepten.
- Bij twijfel over de ernst van de brandwonde.
- Bij twijfel over voldoende vaccinatie tegen tetanus.
- Wanneer het gaat om iemand jonger dan 5 of ouder dan 60.
- Wanneer een tweedegraadsbrandwonde niet genezen is na 14 tot 21 dagen.

**Zorg zo goed mogelijk voor jezelf:**

- **Eerstegraadsbrandwonde:**
  - kleine wonden kan je verzorgen met een niet-geparfumeerde vocht inbrengende crème.
  - Deze wonden genezen spontaan na 3 tot 5 dagen.
- **Tweedegraadsbrandwonde:**
  - Je kunt ervoor kiezen om kort voor de wondverzorging een pijnstillertje te nemen om de wondzorg voor jezelf comfortabeler te maken.
  - Doorprik geen blaren. Blaren die groter zijn dan de nagel van je pink, moeten door een arts worden opengemaakt, kleinere blaren laat je beter intact.
  - Op kleine wonden kan je een verband aanbrengen dat bestemd is voor brandwonden. De combinatie van een siliconen netverband met daarover een absorberend verband kan je gebruiken bij wonden die veel wondvocht produceren. Je apotheker kan je helpen met de verbandkeuze.
  - Tweedegraadsbrandwonden genezen doorgaans binnen 14 tot 21 dagen. Indien dit niet het geval is, raadpleeg dan een arts.

## C. Waar moet ik op letten tijdens en na de genezing van de wonde?

### *Hou de wondbodem vochtig voor het beste resultaat*

Een wonde geneest sneller in een vochtige omgeving. In het beste geval is de wonde vochtig genoeg om niet uit te drogen en droog genoeg, zodat de wondranden niet verweken. Pas je verbandkeuze aan indien een wonde te vochtig of te droog wordt.

- **In het begin of in geval van infectie:** maakt de wonde veel wondvocht aan. Gebruik dan een meer absorberend verband of vervang het vaker. Zo voorkom je dat de wondranden beschadigd raken en dat de wonde groter wordt.
- **Na enkele dagen:** maakt de wonde minder wondvocht aan. Je schakelt dan best over op een minder absorberend verband. Dep de wonde zelf niet droog nadat je ze gereinigd hebt tijdens het vervangen van het verband.

### *Wees alert op tekenen van infectie*

Observeer gedurende verbandwissels aandachtig de wonde en kijk uit naar tekenen die wijzen op infectie. Indien je één of meer van volgende zaken opmerkt, is het aan te raden een arts te raadplegen:

- Je hebt meer pijn dan voordien.
- De wonde en huid errond vertonen roodheid.
- De huid in de buurt van de wonde voelt warmer aan dan de rest van je lichaam.
- De huid rond de wonde is gezwollen of vertoont vochtophopingen.
- Er komt gelige etterige vloeistof uit de wonde. Je kunt dit ook zien op het verband dat je verwijdert.
- Er ligt een dikkere laag beslag op de wonde.
- De wonde is verkleurd.
- De wonde heeft een abnormale geur.
- De wonde geneest trager dan verwacht, geneest niet of lijkt zelfs terug erger te worden.
- De wonde vertoont brokkelig uitzierend weefsel dat snel bloed.
- Er zijn holtes gevormd op de bodem van de wonde.
- Je ervaart abnormale pijn of gevoeligheid.

**Enkele praktische tips om littekenweefsel te verzorgen:**

- Gedurende de eerste 6 tot 12 maanden kan je verkleuring door de zon van het litteken voorkomen door het goed in te smeren met een goed zonneproduct met hoge beschermingsfactor.
- Het gebruik van vitamine E kan de genezing versnellen en heeft een gunstige invloed op het uitzicht van littekens. Het is verkrijgbaar in crèmes en tabletten, maar komt ook voor in volgende voedingswaren: plantaardige oliën, noten, tarwekiemen, eieren en groene groenten.
- Er bestaan speciale oliën, bestemd voor toepassing om littekensweefsel, die ervoor zorgen dat de huid en het litteken beter gehydrateerd wordt.
- Het littekenweefsel inwrijven met cacao boter kan de genezing bevorderen en voorkomt dat het littekenweefsel overmatig verder groeit dan de oorspronkelijke wonde.
- Lokale druk toepassen op het litteken kan het platter en zachter maken, maar wordt niet aangeraden indien het pijn veroorzaakt.
- Dokters kunnen medische behandelingen voorschrijven, waaronder speciale crèmes, bestemd voor littekens.

**D. Hoe kan ik mezelf zo goed mogelijk beschermen in de toekomst?*****Zo hou je het veilig***

- Een ‘veilige’ overdosis bestaat niet, neem dus geen pillen.
- Als je geen alternatief ziet, gebruik dan enkel schone en scherpe instrumenten om jezelf te snijden. Op die manier verminder je het risico op infectie en verwikkelingen.
- Zorg dat je voldoende gevaccineerd bent tegen tetanus. Je arts kent je huidige vaccinatiestatus.
- Wanneer je jezelf snijdt, vermijd dan plaatsen waar grote aders en slagaders dicht tegen het huidoppervlak liggen.
- Bescherm jezelf tegen hiv en hepatitis door nooit materiaal uit te lenen waarmee je jezelf verwondt.
- Zorg dat je een goed uitgeruste verzorgingskit ter beschikking hebt en zorg dat je weet hoe je het correct kan gebruiken. Een arts of apotheker kan je hierin zeker adviseren indien nodig.

## E. Wat zijn minder schadelijke dingen die ik kan doen?

### *Minder schadelijke alternatieven die kunnen helpen om jezelf niet te verwonden*

- Probeer zelfverwonding een tiental minuten uit te stellen en ga eens na hoe dat voelt en wat je hierbij helpt.
- Gebruik iets zachts om op te slaan of te schoppen, bijvoorbeeld een kussen of je matras.
- Geef jezelf een pijnprikkel door een elastiekje rond je pols te laten schieten.
- Knijp jezelf in plaats van jezelf te snijden.
- Doe wat fysieke inspanning. Ga wandelen, schoonmaken, tuinieren, ...
- Maak lawaai door luid te roepen of te zingen of met deuren te slaan.
- Als je de nood hebt om bloed te zien, probeer dan eens met rode stift of verf op je lichaam te tekenen.
- Hou voor een korte tijd ijsblokjes vast. Doe dit niet te lang, want dan kan je ook wonden veroorzaken
- Zorg dat je veilige voorwerpen bij je hebt om in te knijpen, zoals een tennisbal of een stressballetje.
- Wees creatief in het vinden van dingen die je afleiden of je een goed gevoel geven.

---

## 4. Discussie

### 4.1 Kritische bespreking literatuur

Allereerst zou er meer eenduidigheid moeten komen wat betreft de definiëring en het onderscheid tussen de verschillende termen die gebruikt worden bij het omschrijven van zelfverwonding en zelfbeschadiging in de wetenschappelijke literatuur. Enkele auteurs halen deze kwestie ook aan (Brunner et al., 2014; Ougrin et al., 2012). De huidige verscheidenheid in benamingen en definities maakt het moeilijk om enerzijds relevante onderzoeken te identificeren bij een literatuurstudie, anderzijds leidt het ertoe dat de verschillende studies niet vlot met elkaar kunnen vergeleken worden.

De meeste van de gevonden studies over zelfverwonding zijn gebaseerd op zelfrapportagedata van adolescenten (Brunner et al., 2014; Ougrin et al., 2012). Vooral vrouwen zijn sterk vertegenwoordigd in de onderzochte populaties. Het probleem hierbij is dat je bij zelfrapportage aangaande onderwerpen in de taboesfeer een onderschatting van het fenomeen kan verwachten. Bovendien zijn de steekproeven op die manier misschien niet representatief genoeg om de conclusies te kunnen doortrekken naar de algemene bevolking. Een ander gevolg van de beperkingen van de gevonden literatuur is dat het moeilijk is een representatief antwoord te formuleren op de vraag hoe vaak zelfverwondend gedrag nu precies voorkomt en welke vormen het meest frequent zijn.

Bij de geraadpleegde literatuur over de schadebeperkende benadering van zelfverwondend gedrag bestaat er een gelijkaardig probleem met betrekking tot representativiteit. Er is nog niet zoveel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de toepassing van deze benadering bij mensen die zichzelf verwonden. De gevonden studies handelen enkel over het toepassen van schadebeperkende strategieën bij zelfverwonding binnen een residentiële behandelsetting. Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van schadebeperkende interventies binnen andere hulpverleningsvormen, zoals dagbehandeling, ambulante therapie en onlinehulpverlening.

Net omdat er nog te weinig wetenschappelijke literatuur voorhanden is aangaande schadebeperkende interventies bij zelfverwonding, bestaat er een kloof tussen de theorie en de praktijk. De NICE-richtlijnen van 2004 en 2011 vermelden schadebeperking als een waardevolle optie voor mensen die zelfverwonding gebruiken als copingmechanisme. Maar de uitwerking van een schadebeperkend beleid in de praktijk botst op een aantal bezwaren bij verschillende disciplines. Die bezwaren komen voort uit onduidelijkheden over schadebeperking in relatie tot ethisch en juridisch correct handelen. Deze kwesties dienen op nationaal niveau te worden onderzocht om duidelijkheid te krijgen hoe schadebeperking bij zelfverwonding toepasbaar is in de praktijk zonder de hier geldende wetten te overtreden.



Wat betreft adequate wondzorg bij typische letsels na zelfverwonding geeft de literatuur wel een vrij eenduidig beeld. Er zijn nog enkele punten van discussie, bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van wondlijm aan mensen die zichzelf verwonden. Sommige auteurs zijn voorstander en ook NICE suggereert wondlijm indien mogelijk de voorkeur geniet. Een bedenking hierbij is echter dat het ter beschikking stellen van wondlijm voor gebruik thuis wel risico's meebrengt bij inadequaat gebruik. Een wonde dichtlijmen die niet goed gereinigd is, kan de kans op infecties en complicaties aanzienlijk verhogen. Mensen goed inlichten over wondzorg en correct gebruik van het product, lijkt een belangrijke voorwaarde. Een ander discussiepunt gaat over het al dan niet debrideren van blaren bij brandwonden. De meningen hierover zijn verdeeld, maar er is voldoende evidentie gevonden om als vuistregel te stellen dat alle blaren dienen gedebrideerd te worden tenzij ze kleiner zijn dan de nagel van de pink. Voorlopig althans, want er wordt nog meer wetenschappelijk onderzoek naar gevoerd.

Aangaande richtlijnen voor het maken van gebruiksvriendelijke websites werd niet zoveel literatuur gevonden. De focus van de gebruikte bron lag vooral op interactieve vormen van onlinehulpverlening. Toch werden een aantal bruikbare tips gegeven, die toelieten een summier advies te vormen voor het ontwerp van een efficiënte en gebruikersvriendelijke website. Duggan & Whitlock (2012) geven ook aan dat er nog niet voldoende wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is om doelgroepspecifiek tewerk te gaan bij het ontwikkelen van onlinehulpverlening voor zelfverwonding. De stellen wel een aantal voorwaarden aan onlinehulpverlening die werden meegenomen in de praktische uitwerking van deze bachelorproef.

Lewis et al., (2012) melden dat mensen die zichzelf verwonden informatie delen over hoe je jezelf kan voorbereiden op zelfverwonding, over eerste hulp en verzorging na zelfverwonding. Ze zijn van mening dat dit het risico inhoudt dat jongeren zullen denken dat ze geen hulp nodig hebben en dat ze de stap om hulp te zoeken gaan uitstellen of zelfs helemaal niet meer zetten. Dit is een terechte bedenking, die echter recht tegenover het oogpunt van dit werkstuk staat. Het biedt zeker reden tot reflectie. Maar Lewis en collega's (2012) lijken helemaal voorbij te gaan aan de positieve effecten van het delen van correcte informatie, die toelaat dat mensen zo goed mogelijk voor zichzelf kunnen zorgen na zelfverwonding. Beschikken over correcte kennis aangaande wondzorg biedt in belangrijke mate bescherming tegen de nadelen van zelfverwondend gedrag op lange termijn. Dit wordt ook gesteld door voorstanders van het toepassen van de schadebeperkende benadering bij zelfverwondend gedrag. Bovendien blijkt uit de bevinding van Lewis et al. (2012) dat er een duidelijke behoefte is. Het is dan ook aan te raden dat professionele hulpverleners deze behoefte vervullen door correcte en betrouwbare informatie geven, gebaseerd op recent wetenschappelijk onderzoek. Informatie die door leken op het net wordt gezet is misschien niet helemaal juist en kan daardoor net meer schade berokkenen. Het lijkt een controversieel gegeven, maar dat waren de schadebeperkende maatregelen inzake druggebruik aanvankelijk ook.

Een belangrijk bevinding is dat een aantal uitgebreide zoekopdrachten naar Nederlandstalige wetenschappelijke studies over de wisselwerking tussen zelfverwonding en internetgebruik, geen relevante resultaten hebben opgeleverd. Hetzelfde geldt voor studies waarbij met tracht in kaart te brengen welke zoekresultaten worden bekomen bij simpele Nederlandstalige zoekopdrachten aangaande zelfverwonding. Een voorzichtige conclusie die daaruit volgt, is dat er in Vlaanderen en Nederland nog geen onderzoek naar die fenomenen gedaan is. Dit terwijl in de zeldzame buitenlandse literatuur het belang ervan toch wordt aangegeven. Mensen die zichzelf verwonden zijn talrijk aanwezig op het internet en delen verschillende soorten informatie met elkaar, wat zowel helpend als niet helpend kan zijn. Het gebrek aan Nederlandstalige zoekresultaten doet vermoeden dat er een belangrijke blinde vlek bestaat in de Nederlandse en Vlaamse wetenschappelijke literatuur.

## 4.2 Kritische bespreking praktijkgedeelte

### Suggesties voor gebruik

De samengestelde richtlijnen kunnen gebruikt worden als een soort handleiding bij het ontwerpen van een onlinehulpverleningswebsite. Misschien kan de uiteindelijke website ook door behandelaars gebruikt worden als hulpmiddel of geheugensteuntje voor patiënten, wanneer ze hen aanleren om zelf hun wonden te verzorgen. Dit kadert in het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Verder kunnen de richtlijnen ook gebruikt worden als een instrument om het onlinehulpverleningsaanbod in kaart te brengen en de kwaliteit ervan te beoordelen.

### Suggesties voor evaluatie

Aan de uiteindelijke website kan een mogelijkheid tot feedback worden toegevoegd. Dan kunnen zowel behandelaars als gebruikers suggesties doen voor verbetering. Een ander idee om het product te evalueren, is om contact op te nemen met lotgenotenverenigingen met de vraag om feedback te geven. Nog een optie om het voorgestelde werk te evalueren en bij te sturen, is om een kwaliteitscertificaat aan te vragen bij de Health On the Net Foundation (<https://www.healthonnet.org/>). Wanneer de website binnen het kader van een behandeling fungeert als hulpmiddel om patiënten te leren hoe ze zelf hun wonden optimaal kunnen verzorgen, biedt dit ook mogelijkheden voor evaluatie. Zo kan feedback bekomen worden van zowel teamleden die het als lesmateriaal gebruiken, als van patiënten die het als geheugensteun gebruiken. Binnen die situatie kan zelfs de doeltreffendheid van de interventie geëvalueerd worden, bijvoorbeeld door registratie van infecties en dit te vergelijken met cijfers uit een periode voor ingebruikname van de website.

## Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Brown en collega's (2010) vermoeden een wederzijdse beïnvloeding tussen de subjectieve ernst van littekens en een daaraan gekoppeld negatief verwachtingspatroon op psychosociaal vlak. Het zou nuttig zijn om die hypothese verder te onderzoeken. Daaruit zou dan weer onderzoek kunnen volgen naar het effect van een interventie, waarbij de doelgroep praktische richtlijnen ontvangt voor adequate zelfzorg bij zelfverwonding. Het zou interessant zijn te onderzoeken of zulke interventies op een positieve manier kunnen ingrijpen in die vicieuze cirkel door de subjectieve ernstinschatting te verbeteren.

Het wetenschappelijk onderzoek naar de link tussen internetgebruik en zelfverwondend gedrag staat nog in kinderschoenen, mede doordat het internet natuurlijk nog een vrij jong medium is. Er is al een begin gemaakt in het buitenland en het wordt hoog tijd dat er in Vlaanderen en Nederland ook aandacht gaat naar deze materie om na te gaan of dezelfde trends zich hier eveneens voordoen. Misschien spelen socioculturele verschillen een rol, die maken dat men conclusies uit voorgaande onderzoeken in het buitenland niet kan generaliseren naar Vlaanderen en Nederland.

Aangezien het internet steeds uitbreidt en constant in verandering is, zou er regelmatig moeten onderzocht worden hoeveel en welke webinhoud gerelateerd is aan zelfverwondend gedrag. Webinhoud verwijst dan naar geschreven tekst, afbeeldingen en filmmateriaal, dat zowel informatieve als ondersteunende of recreatieve doeleinden kan hebben. Vervolgens dient verder te worden uitgediept op welke manier die verschillende soorten online inhoud en de daarbij horende sociale interacties een impact hebben op zelfverwondend gedrag. Op die manier blijven zorgverleners op de hoogte van waaraan cliënten en patiënten zoal worden blootgesteld online en de mate waarin dit invloed kan hebben op de behandeling van deze kwetsbare doelgroep. Anderzijds kunnen zulke onderzoeken ook in kaart brengen waar er mogelijkheden zijn voor online interventies.

Verder moet worden nagegaan op welke manier men best aan onlinehulpverlening kan doen, die specifiek is toegespitst op mensen die zichzelf verwonden. Het gaat hier immers om een kwetsbare, triggergevoelige populatie met bovendien specifieke noden. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn te onderzoeken in welke mate deze doelgroep getriggerd wordt door verschillende soorten beeldmateriaal dat gebruikt kan worden in het kader van online educatie over adequate wondzorg. Dit kan bijvoorbeeld door de doelgroep reeds bestaande EHBO-filmpjes met nagebootste verwondingen of demonstraties van technieken op verpleegpoppen te laten beoordelen. Ethisch handelen zal bij dergelijk onderzoeksopzet echter zeer belangrijk en misschien niet altijd even eenvoudig zijn.

Er is nood aan duidelijke evidence-based richtlijnen rond welke werkvormen en online interventies helpend zijn en welke niet. Die richtlijnen kunnen pas worden opgesteld na dieper onderzoek van de doelgroepspecifieke kenmerken en nadat er online initiatieven worden uitgewerkt en geëvalueerd aan de hand van effectiviteitsstudies.

---

## Aanbevelingen voor het werkveld

Mensen die zichzelf verwonden, voelen zich vaak geremd om hulp te zoeken en richten zich dan tot het internet voor informatie. Maar veel deze informatie wordt geplaatst door leken, mensen die zelf aan zelfverwonding doen of deden. Daarom is het nodig dat hulpverleners zich ook op het internet begeven en op een wetenschappelijk onderbouwde manier aan onlinehulpverlening en educatie doen, eventueel in samenwerking met ervaringsdeskundigen. Er is nood aan kwaliteitsvolle en betrouwbare websites voor mensen die zichzelf verwonden. Een kwaliteitscertificaat voor gezondheidswebsites kan hier nuttig zijn, maar bestaat nog niet op nationaal niveau. Op internationaal niveau is er wel de Health On the Net Foundation, die aan de hand van een reeks ethische principes gezondheidswebsites evalueren en een kwaliteitscertificering toekennen. Het is aan te raden dat de beheerders van zulke websites via de Health On the Net Foundation (<https://www.healthonnet.org>) een kwaliteitscertificaat aanvragen, zodat hulpvragers eenvoudig kunnen checken of ze op een betrouwbare website zijn beland. De Stichting HON lijkt echter nog niet zoveel naambekendheid te bij het grote publiek.

Jongeren die aan zelfverwonding doen, spenderen veel van hun tijd aan het delen en zoeken van webinhoud aangaande zelfverwonding. Dit kan positieve, maar ook negatieve gevolgen hebben voor hun mentaal welzijn, sociale ontwikkeling en de drang tot zelfverwonding. Daarom is het nodig dat hun omgeving en hulpverleners zich meer bewust worden van wat er allemaal op het internet circuleert. Het wordt ook aanbevolen dat er regelmatig gepolst wordt naar het surfgedrag van de patiënt. Hierbij kan een vragenlijst of een internetdagboek een zeer nuttig hulpmiddel zijn om tot een dialoog te komen over de frequentie, de functie, de risico's en de voordelen van het internetgebruik met de focus op zelfverwonding (Duggan & Whitlock, 2012; Lewis et al. 2012).

## 5. Conclusie

Er zijn veel verschillende manieren waarop mensen zichzelf bewust verwonden. In de geraadpleegde literatuur wordt echter het vaakst gesproken over zichzelf snijden en verbranden als vormen van zelfverwonding. Dit doet vermoeden dat deze vormen en de daaruit volgende huidletsels ook het vaakst voorkomen. Een analyse van recente wetenschappelijke literatuur laat toe om eenduidige en gefundeerde adviezen te formuleren voor eerste hulp en eigen zorg voor zelf toegebrachte snij- en brandwonden en aangaande het consulteren van professionele medische hulp. Het aanbieden van wondzorginstructies bij zelfverwonding is aan te raden en kadert binnen de schadebeperkende benadering.

Zelfverwonding is op het internet massaal vertegenwoordigd in verschillende vormen (informatiewebsites, discussieforums, sociale netwerken, afbeeldingen en filmpjes). De positieve en negatieve effecten van deze webinhoud op het eigen zelfverwondend gedrag zijn aangetoond en talrijk. In Vlaanderen en Nederland werd hiernaar nog geen onderzoek gedaan. Dit is een belangrijke blinde vlek in het wetenschappelijk onderzoek. Mensen die zichzelf verwonden, stellen zichzelf namelijk zeer frequent bloot aan deze voor- en nadelen en hulpverleners zijn zich daar meestal niet van bewust. Diepgaand onderzoek op dit gebied zou toelaten om in het werkveld korter op de bal te spelen en actief het internetgedrag met de cliënt te gaan verkennen. Op die manier kan gewaarschuwd worden voor mogelijke risico's en kaan verwezen worden naar gezondere alternatieven zoals goed onderbouwde onlinehulpverlening.

Het internet biedt zeker mogelijkheden voor interventies gericht op de problematiek van zelfverwondend gedrag. Een informatieve website laat toe een populatie aan te spreken die zich momenteel buiten het vizier van de hulpverlening bevindt. De voorwaarden hiervoor zijn echter dat de informatie correct is en regelmatig wordt aangepast op basis van nieuw wetenschappelijk onderzoek. De makers, beheerders en moderators moeten voldoende bekwaam zijn in het bevorderen van gezonde contacten en persoonlijke groei. En er moet bereidheid zijn om kritisch te kijken naar mogelijke gevolgschade en onverwachte risico's en om de vertrouwelijkheid en de privacy van de gebruikers maximaal te beschermen.

Bovendien dienen zowel een aantal praktische richtlijnen te worden gevolgd voor het ontwerpen van een gebruiksvriendelijke website, als ethische richtlijnen voor het aanbieden van kwaliteitsvolle en betrouwbare gezondheidsinformatie in het algemeen. Verder moeten een aantal specifieke aandachtspunten in acht genomen worden bij het ontwikkelen van onlinehulpverlening voor mensen die zichzelf verwonden. Alleen dan kan gesteld worden dat er een constructieve bijdrage wordt geleverd, die ervoor zorgt dat deze mensen op een zo goed mogelijke manier voor zichzelf zorgen tot ze open staan voor de overgang naar het reeds bestaande hulpverleningscircuit.

## Literatuurlijst

- Beelen, S. (2011). Wat is onlinehulpverlening?. In: Bocklandt, P. (red.), (2011). *Niet alle smileys lachen*. Leuven: Acco.
- Benbow, M. & Deacon, M. (2011). Helping people who self-harm to care for their wounds. *Mental Health Practice* 14 (6), 28 - 31. Geraadpleegd via CINAHL op 14 januari 2015.
- Bocklandt, P., De Zitter, M., & Steyaert, J.(2011). Welzijnswerk online: een stille evolutie. In: Bocklandt, P. (red.), (2011). *Niet alle smileys lachen*. Leuven: Acco.
- Brown, B. C., McKenna, S. P., Siddhi, K., McGrouther, D. A. & Bayat, A.(2008). The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61, 1049 - 1058. doi:10.1016/j.bjps.2008.03.020
- Brown, B. C., Moss, T. P., McGrouther, D. A. & Bayat, A.(2010). Skin scar preconceptions must be challenged: Importance of self-perception. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63, 1022 - 1029. doi:10.1016/j.bjps.2009.03.019
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. et al. (2014). Life - time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European Countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55 (4), 337 - 348. doi:10.1111/jcpp.12166
- Chen, Y., Wang, Y., Chen, W., Smith, M., Huang, H. & Huang, L. (2012). The effectiveness of a health education intervention on self-care of traumatic wounds. *Journals of Clinical Nursing*, 22, 2499-2507. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04295.x
- Claes, L. & Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding: Hoe ga je ermee om?* Tielt: Lannoo.
- Claes, L. (2012). Zelfverwondend gedrag bij jongeren: wat is het en hoe pak je het aan? *Signaal*, 81, 14 - 21. Geraadpleegd via Google Scholar op 10 september 2014.
- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., Montgomery, P., (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*, 8 (10): e77555. doi:10.1371/journal.pone.0077555
- Dean, R., & Mulligan, J. (2009). Management of home emergencies. *Nursing Standard*, 24 (6), 35-42. Geraadpleegd op 14 januari 2015.
- Duggan, J.M. & Whitlock, J. (2012). An Investigation of Online Behaviors: Self-Injury In Cyber Space. *Encyclopedia of Cyber Behavior*.(z.p.) IGI Global. Geraadpleegd via Google Scholar op 13 januari 2015.
- Fish, R., Woodward, S. & Duperoezel, H. (2011). 'Change can only be a good thing:' staff views on the introduction of a harm minimization policy in a Forensic Learning Disability

---

service. *British Journal of Learning Disabilities*, 40, 37-45. Doi:10.1111/j.1468-3156.2011.00681.x

Health On the Net Foundation. (s.a.). Gevonden op 13 januari 2015 op het internet: <https://www.healthonnet.org/>.

Kendall, T., Taylor, C., Bhatti, H., Chan, M. en Kapur, N. (2011). Longer term management of self harm: summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 343. d7073. doi: 10.1136/bmj.d7073

Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J. & Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (13), (z.p.). doi:10.1186/1753-2000-6-13

Lewis, S. P., Heath, N. L., St. Denis, J. M. & Noble, R. (2011). The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatrics*, 127 (3), e552 - e557. doi:10.1542/peds.2010-2317

Murphy, F. & Amblum, J. (2014). Treatment for burn blisters: debride or leave intact?. *Emergency nurse*, 22 (2), 24-27. Geraadpleegd via CINAHL op 10 januari 2015.

Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Rosenbaum Asarnow, J. (2012). Practitioner Review: Self-Harm in adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (4), 337 - 350. doi:1111/j.1469-7610.2012.02525.x

Ousey, C., & Ousey, K. (2012). Management of self-harm wounds. *Nursing Standard* 27, (9), 58 - 66. Geraadpleegd via CINAHL op 14 januari 2015.

Pengelly, N., Ford, B., Blenkiron, P. & Reilly, S. (2008). Harm minimization after repeated self-harm: development of a trust handbook. *Psychiatric Bulletin*, 32, 60-63. doi:10.1192/pb.bp.106.012070

Rode Kruis Vlaanderen. (2011). *Help! Eerste hulp voor iedereen*. Rode Kruis-Vlaanderen

Rowley-Conwy, G. (2012). Management of minor burns in the emergency department. *Nursing Standard*, 26 (24), 60-67. Geraadpleegd via CINAHL op 14 januari 2015.

Shaw, C. (2012). Harm-minimisation for self-harm. *Mental health today, september-october*, 19- 21. Geraadpleegd via Google Scholar op 10 januari 2015.

Swanell, S., Oam, G.M., Krysinska, K., Kay, T., Olsson, K. & Win, A. (2010). Cutting on-line: Self injury and the internet. *Advances in Mental Health*, 9, 177-189. Geraadpleegd via Google Scholar op 24 december 2014.

Tanner, G., (2007). Managing wounds in patients who self harm. *Emergency Nurse*, 15 (6), 20 -25. Geraadpleegd via CINAHL op 14 januari 2015.

## Lijst van bijlagen

Bijlage 1: Benbow, M. & Deacon, M. (2011). Helping people who self-harm to care for their wounds.

Bijlage 2: Duggan, J.M. & Whitlock, J. (2012). An Investigation of Online Behaviors: Self-Injury In Cyber Space.

Bijlage 3: Fish, R., Woodward, S. & Duperoezel, H. (2011). 'Change can only be a good thing:' staff views on the introduction of a harm minimization policy in a Forensic Learning Disability service.

Bijlage 4: Ousey, C., & Ousey, K. (2012). Management of self-harm wounds.



## Bijlagen

# Helping people who self-harm to care for their wounds

Maureen Benbow and Maureen Deacon review guidance on self-harm and suggest how to advise people who injure themselves deliberately about wound management

## Summary

Mental health practitioners often encounter service users with self-inflicted wounds. This article is intended to enable practitioners to help such service users treat superficial wounds and, by doing so, enhance the therapeutic relationship and improve service users' psychological health. Evidence-based guidelines for self-care are included. The article concentrates primarily on self-cutting. It explains wound types and shows how National Collaborating Centre for Mental Health guidance can be implemented in practice.

## Keywords

Self-care, self-injury, wound care

SELF-INJURY IS a common expression of mental distress (National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) 2004). Although cutting is one of the most common forms of self-injury (Motz 2009), Horrocks *et al* (2003) claim that self-poisoning has been more thoroughly investigated and found that those who cut themselves are less liable to have psychosocial assessments than those who poison themselves.

While scholars of mental health problems have examined in detail the epidemiology of self-harm (Gunnell *et al* 2005), guidelines on care and treatment have largely been left to voluntary organisations and urgent care providers (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1998, Motz 2009).

The National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2004) recommends that such advice and information should be made available to service users. This article reviews these guidelines and how they can inform the practice of mental

health practitioners to the physical and psychological benefit of service users.

Kapur (2005) notes that the NCCMH (2004) guidance, while largely welcome as a comprehensive representation of good practice, is not based consistently on research evidence and that some of its recommendations may be difficult to implement.

The guidance makes a strong argument, however, for enabling adults who repeatedly self-injure to care for their superficial wounds. It notes that patients should be given advice, instructions and supplies of tissue adhesive, and that those with scarring should be given advice about its management.

Such practice should be agreed with local mental healthcare teams and shared among services where people are managed, including urgent care services (Deacon 2008).

The practice of enabling effective self-care can be understood as a harm minimisation strategy and the authors argue that this has many benefits for service users. Moreover, as Kapur (2005) argues, given the relationship between self-harm and completed suicide, the provision of effective treatment for self-harm may also prevent suicide.

There do not appear to be any studies that have investigated the outcomes of enabling self-care strategies. However, minimising harm and facilitating self-care by those who self-injure have largely been accepted as practical and ethical interventions following earlier debates (Scanlon and Adlam 2009). Providing inpatient service users with sterile equipment and first aid materials is in keeping with the earlier strategies adopted in the substance misuse field, such as providing needle exchange schemes for drug users who want them (Strang 1993).

In an international, systematic review of how people experience healthcare services, Taylor *et al* (2009) found that many people who self-harm think that they are not involved in decisions taken about their care and treatment.

Although providing care for people who self-harm can be emotionally demanding and requires high-level communication skills, they should be treated with the same care, respect and privacy as other patients (NCCMH 2004).

Taylor *et al*'s (2009) recommendations include the dissemination of information about self-harm, the greater personal engagement of practitioners and the formation of partnerships in care between practitioners and service users. Facilitating self-care can play a significant part in these therapeutic partnerships.

If practitioners are to offer advice and instruction about wound care in the spirit of a therapeutic partnership, it is important that they have adequate knowledge about wounds and their management.

The management of people who self-harm is routine for many mental health practitioners. Although they may have ambivalent feelings about those who self-injure, they must treat them as effectively as possible. Service providers should ensure that self-care can take place within the context of a positive and respectful therapeutic partnership (Taylor *et al* 2009).

## Self-inflicted wounds

**Reasons for self-harm** Repeated self-cutting can serve one or more different functions and may involve rituals that are important to the people involved. As Motz (2009) noted of people who self-harm: 'All have their own private and public symbolism that needs to be understood and responded to. The objects used in the injury, the parts of the body that are hurt and the ways in which the wounds are tended to, and by whom, have unconscious meaning as well as overt meaning.'

While reasons for self-cutting will vary among service users, self-harm can be generalised as an act prompted by acute and overwhelming emotional distress, and as a coping, self-soothing strategy to contain painful turmoil (Warm *et al* 2003, Motz 2009).

These moments of acute crisis have the potential for psychologically beneficial interventions; thus, in a sense, these acts can be experienced as a form of self-care. The careful tending of wounds can represent a healthier form of self-care, therefore, and the practitioners involved can promote physical and emotional health through their sensitive and respectful approach.

**Appearance** Self-inflicted wounds are characteristically 'bizarre looking, with sharp geometric borders surrounded by normal looking skin' (Gupta *et al* 1987). They may present as blisters, purpura, ulcers, erythema, oedema, sinuses or nodules, depending on whether they were inflicted by, for example, excoriation, chemical or thermal burning, or occlusion of the circulation from tourniquet effects around digits or limbs.

The clinical appearance of self-inflicted wounds may be misleading, however, and can lead to misdiagnoses. These can include: bullous pemphigoid, an itchy, blistering disease (Skin Care Campaign 2010); subcutaneous emphysema, which occurs when air is trapped in tissues under the skin (Medline Plus 2008); or cellulitis, which is inflammation or infection of skin cells characterised by heat, pain, redness and swelling (Collins *et al* 2002).

The most severe of these wounds may result in skin loss or severe scarring that require plastic surgery or even amputation. The lesions tend to appear suddenly, asymmetrically, singly or in crops, usually in areas easily accessible to patients, such as on the left arm or hand in a right-handed person, with no relevant history of injury or disease. Early diagnosis is crucial to prevent unnecessary surgery and morbidity (Tantam and Huband 2009).

**Assessment** Before wounds are treated, bleeding must be stemmed and wounds covered. Initial wound assessments should encompass the sites and types of wounds, and the type of tissue in the wound base. Wounds should also be assessed for the presence of foreign bodies and signs of infection, and surrounding skin should be assessed for the presence of conditions such as eczema, and of excoriation, or for abraded skin, and maceration or wet and soggy skin. The extent and type of pain experienced by patients should also be ascertained.

After informed consent has been sought and received, practitioners can measure and take photographs of wounds. These photographs can be added to measurements and descriptions in patient documentation as aids to communication between staff and service users (Benbow 2007).

Wounds should be assessed regularly according to general wound management principles, management of significant underlying pathologies and nutritional assessments of the patients concerned. Winter (1962) has demonstrated the benefits of moist, warm and clean healing environments, but these must be the same as the moisture levels in the wound environment

**Table 1 Self-care guidance for treating scar tissue**

Treatment	Description
Vitamin E	Rubbing creams containing vitamin E into healed scar tissue, taking vitamin E supplements, or having a diet rich in, for example, wheat germ, nuts, vegetable oils, eggs and green vegetables can help speed healing and lessen the appearance of scar tissue.
PurCellin	Rubbing oils containing PurCellin, which aids the absorption by the skin of other chemicals, can be used to moisturise the healed skin and scar tissue.
Cocoa butter	Rubbing cocoa butter into healed scar tissue can help healing and reduce keloid scarring, an unusual condition in which there is overgrowth of dense tissue away from the edges of wounds after they have healed.
Pressure	Applying constant pressure to surface blood vessels can flatten and soften scar tissue, but should not be attempted if it causes pain or discomfort.
Medical procedures	Medical treatments, including the use of prescribed creams, can be suggested by GPs or nurses.

to prevent wounds from either drying out or becoming too wet.

**Management** Management and time taken to heal can depend on whether wounds are acute, such as lacerations or burns, or chronic, such as wounds caused by persistent picking or scratching.

Acute wounds heal by primary intention, whereby the edges of wounds are brought together and held by tissue adhesive, surgical tape, sutures or staples. If wounds are kept free from infection, they usually heal without complications.

Chronic wounds heal by secondary intention, whereby wound edges are left to close on their own, or, where there is infection, tertiary intention, whereby wound edges are kept open until the infection has gone (Waldrop and Doughty 2006).

These wounds usually take longer to heal and are more difficult to manage than acute wounds, and there is a danger that people with such wounds continue to self-harm, for example by burning themselves with lighted cigarettes, in the damaged areas, delaying the healing process even further. They can also be difficult to access, leading people to injure themselves further in trying to gain access to their wounds.

Wound management depends, therefore, on the nature of the wounds. Expert help should always be sought and dressing manufacturers' guidance should be followed.

**Closure** While deep wounds may require stitches, new, acute, uncomplicated and superficial injuries, such as lacerations of 5cm or less, can be closed with tissue adhesive or surgical tape. Both can be applied rapidly, easily and painlessly, and tissue adhesive is inexpensive.

Neither should be applied to wounds that look infected or that are on hairy skin; instead, sutures should be used. In addition, tissue adhesive should not be used on mucosal areas of skin, such as around the genitals, or on areas that are often stretched, such as knees or hands.

Some people are allergic to tissue adhesive and so its ingredients should be checked before application. Before application, the edges of each wound should be pulled together as neatly as possible. Tissue adhesive should not be put within wounds because this impairs healing and may produce an inflammatory reaction. When using tissue adhesive, an applicator must be used to place the adhesive on the wound edges, which are then pulled together until they stick. The manufacturer's guidance should be followed to remove excess adhesive from healthy skin or clothes.

Dressings can be placed over the top of tissue adhesive or surgical tape, and should be kept dry for five days before being removed. Tissue adhesive sloughs off within ten days of application and should not be picked off. Similarly, scabs should be left to come off naturally.

If wounds become red and swollen, or much more painful, or if they produce pus, professional health care should be sought. Good wound care will minimise the risks.

**Healing** Wound healing can be impaired by patient conditions, such as poor nutrition, cardiovascular or respiratory disease, or diabetes; by the presence within wounds of infection or dead tissue; or by interference with the dressing (Benbow 2005).

Healing can also depend on patients' attitudes towards their wounds, whereby psychological stress can slow the rate of healing significantly (Kiecolt-Glaser *et al* 1995, Marucha *et al* 1998, University of Illinois at Chicago 2005, Christian *et al* 2006). The authors have found that patients' attitudes can in turn be influenced by those of practitioners.

In the early healing stages, or if wounds are infected, leakage or exudate levels are high and more absorbent dressings are required. As infections are controlled with antibiotics, exudate levels drop and less absorbent dressings are required. By following these principles, practitioners can optimise healing times and reduce pain and scarring.

**Scarring** If skin is harmed frequently, scarring will develop. Scar tissue is the natural result of dermal repair but is of inferior quality and less robust than the original tissue.

Repeated injury and inflammation can result in elevated, thick or nodular hypertrophic scars, which can lead to alterations in body image and lowered self-esteem. Not only is the presence of scars an unwanted physical reminder of injury, the psychopathological effects may range from minor embarrassment to conditions such as post-traumatic stress disorder (Van Loey and Van Son 2003).

Scars are difficult to treat effectively but various local treatments and dressings have been used with limited success in making them less obvious. Although all scars are permanent, they do improve in appearance over time (Scar Information Service 2010).

Guidance for the self-care of scar tissue is described in Table 1.

## Conclusion

This article argues that healthcare professionals have an important role in enabling people who injure themselves to care for their wounds effectively. This care should be based on national good practice guidance (NCCMH 2004) and the development of trusting and respectful therapeutic relationships between service users and providers.

Self-injury is a complex issue with a high prevalence rate, and its causes and consequences have been debated from many different perspectives, including those of people who self-injure (Klonsky 2007).

Many healthcare professionals encounter people who self-injure. Some feel ambivalent towards this patient group but must overcome these feelings, perhaps through continuing education and clinical supervision, to care for them effectively.

Research is needed to investigate whether this strategy can ameliorate the distressing experiences of some people who self-injure.

## Implications for practice

Practitioners who want to help people who self-harm to treat their own superficial and acute wounds can offer them the following guidance:

1. Ensure that a first-aid kit is accessible and ready for use.
2. After self-wounding, stay calm, breathe slowly and reassure yourself that you are going to look after yourself as well as possible.
3. Ensure that your hands are clean and dry, or wear clean, non-sterile gloves.
4. Stem bleeding by applying gentle pressure to wounds with a clean cloth that will not disintegrate and leave debris in the wound.
5. Clean the wound with warm bottled or drinkable tap water. Cuts benefit from large volumes of fluid applied at constant high pressure from a tap.
6. When the bleeding has stopped and the wound has been cleaned, make sure its edges are dry.
7. Close the wound using tissue adhesive or surgical tape.

## Online archive

For related information, visit our online archive of more than 6,000 articles and search using the keywords

This article has been subject to double-blind review and has been checked using antiplagiarism software. For author guidelines visit the Mental Health Practice home page at [www.mentalhealthpractice.co.uk](http://www.mentalhealthpractice.co.uk)

**Maureen Benbow is a senior lecturer in the School of Health and Social Care**

**Maureen Deacon is a professor of continuing professional development in health care**

**Both at the University of Chester, Warrington**

## References

- Benbow M** (2005) *Evidence-Based Wound Management*. Whurr, London.
- Benbow M** (2007) Patient assessment and wounds. *Journal of Community Nursing*, 21, 7, 18-22.
- Christian LM, Graham JE, Padgett DA et al** (2006) Stress and wound healing. *Neuroimmunomodulation*, 13, 5, 337-346.
- Collins F, Hampton S, White R** (2002) *A-Z Dictionary of Wound Care*. Quay Books, London.
- Deacon M** (2008) Mental Health Nurses Association practice guidance: the care programme approach. *Mental Health Nursing*, 27, 5, 14-15.
- Gunnell D, Bennewith O, Peters T et al** (2005) The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *Journal of Public Health*, 27, 1, 67-73.
- Gupta M, Gupta A, Haberman H** (1987) The self-inflicted dermatoses: a critical review. *General Hospital Psychiatry*, 9, 1, 45-52.
- Horrocks J, Price S, House A et al** (2003) Self-injury attendances in the accident and emergency department: clinical database study. *British Journal of Psychiatry*, 183, 1, 34-39.
- Kapur N** (2005) Management of self-harm in adults: which way now? *British Journal of Psychiatry*, 187, 6, 497-499.
- Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB et al** (1995) Slowing of wound healing by psychological stress. *The Lancet*, 346, 8984, 1194-1196.
- Klonsky E** (2007) Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 11, 1039-1043.
- Marucha PT, Kiecolt-Glaser JK, Favagehi M** (1998) Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 60, 3, 362-365.
- Medline Plus** (2008) *Subcutaneous Emphysema*. <http://tiny.cc/4p5af> (Last accessed: January 4 2011.)
- Motz A** (2009) Self-harm as a sign of hope. In Motz A (Ed) *Managing Self-Harm. Psychological Perspectives*. Routledge, London.
- National Collaborating Centre for Mental Health** (2004) *Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline 16*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, London.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination** (1998) Deliberate self-harm. *Effective Health Care*, 4, 6.
- Scanlon A, Adlam J** (2009) 'Why do you treat me this way?': reciprocal violence and the mythology of 'deliberate self-harm'. In Motz A (Ed) *Managing Self-Harm. Psychological Perspectives*. Routledge, London.
- Scar Information Service** (2010) *Scar Facts*. [www.scarinfo.org/scar\\_facts.html](http://www.scarinfo.org/scar_facts.html) (Last accessed: January 4 2011.)
- Skin Care Campaign** (2010) *Bullous Pemphigoid*. <http://tiny.cc/491jv> (Last accessed: January 4 2011.)
- Strang J** (1993) Drug use and harm reduction: responding to the challenge. In Heather N, Wodak A, Nadelmann E et al (Eds) *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. Whurr, London.
- Tantam D, Huband N** (2009) *Understanding Repeated Self-Injury: A Multidisciplinary Approach*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Taylor T, Hawton K, Fortune S et al** (2009) Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194, 2, 104-110.
- University of Illinois at Chicago** (2005, July 29). Stress slows wound healing, oxygen helps. *ScienceDaily*. <http://tiny.cc/pb4gy> (Last accessed: January 4 2011.)
- Van Loey N, Van Son M** (2003) Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 4, 245-272.
- Waldrop J, Doughty D** (2006) Wound healing physiology. In Bryant R (Ed) *Acute and Chronic Wounds: Nursing Management*. Third edition. Mosby, London.
- Warm A, Murray C, Fox J** (2003) Why do people self-harm? *Psychology, Health and Medicine*, 8, 1, 72-79.
- Winter G** (1962) Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*, 193, 293-294.

## Self-Injury Behaviors In Cyber Space

**Jamie Marie Duggan**  
McGill University, Canada

**Janis Whitlock,**  
Cornell University, United States of America

### Abstract

This entry describes the evolution and current state of research related to Non-suicidal self-injury on the Internet across a variety of mediums, including social networking websites, video-sharing websites, and informational websites. Although the full influence of such online behaviours on off-line behaviours and functioning remains relatively unknown, it appears that such activities pose both risks and benefits to mental health and wellbeing. Online activities may provide individuals with a history of or interest in self-injury with guidance and education, informal support, a sense of community as well as allow for personal expression. However, such activities can also serve to trigger, reinforce, and normalize self-injury and may substitute for off-line relationships. The pervasiveness of self-injury online suggests that regular assessment of on-line activity is an important aspect of self-injury treatment. The chapter concludes with suggestions for utilizing the Internet as a novel approach to self-injury prevention and intervention efforts.

Citation: Duggan, J.M., Whitlock, J. (2012). An Investigation of Online Behaviors: Self-Injury In Cyber Space. Encyclopedia of Cyber Behavior. IGI Global.

### Introduction

Non-suicidal self-injury is defined as the deliberate, self-inflicted destruction of body tissue without suicidal intent, and for purposes not socially sanctioned (ISSS, 2010). Nomenclature varies within the field and includes terms such as *self-injury*, *self-injurious behavior*, *self-mutilation*, *bodily harm*, *deliberate self-harm*, and *self-cutting*. Certain terms, such as “deliberate self-harm,” often refer to behaviors with and without suicidal intent and thus can include behaviors such as hanging, self-poisoning and deliberate substance abuse. Due to the well-documented differences between suicidal and self-injurious behavior with regards to intent, lethality, methodology, functions and treatment, it is essential to emphasize and understand the distinction between the two

terms (See Walsh, 2006 for a review). While the contents of this chapter may include studies dedicated to examining deliberate self-harm, the focus of the chapter is restricted to self-injurious behavior undertaken without suicidal intent and most commonly referred to as *Non-suicidal self-injury*.

Online behaviours include social networking, information seeking, picture sharing, and video posting. The current chapter presents a comprehensive summary of existing literature regarding NSSI behaviours across a variety of mediums, while concomitantly examining the beneficial and detrimental influences of such online activities on virtual and real life functioning. The chapter will conclude with a discussion of the implications of on-line behaviors in self-injury prevention and intervention efforts and suggestions for future research. As NSSI and Internet use are both more common among adolescents than any other age group, and all NSSI-Internet studies to date find a predominately adolescent presence, what follows is essentially a review of the on-line NSSI-related behaviors of adolescents. The following self-injury message board posts provide an example of self-injury behaviours in cyber space:

*“I’m writing to ask you, as an ex-cutter and a person still dealing with the effects of self-injury in my life, to please take down the pictures you have on your website. They help no cutter or cutter’s friend to understand what happens. Instead, they inspire sick, twisty feelings of inadequacy and self-pity, which, in turn, may lead to deeper, worse cuts, and a desire not to stop. You’re making the problem worse, not better... Sort things out... I appreciate what you’re trying to do, but I feel you’re making it harder for self-injurers to stop and get help”.*

*“...For some people the pictures may be ‘harmful’, I personally have never met anyone else who was affected negatively by them...I also am a recovering self-injurer, I however was infinitely helped by these living testaments to the fact that we are not alone. There is no way that I could have gone this long without cutting without this site, especially the pictures page”.*

-Self-injury message board posts

## **Background Information**

Interest in and study of NSSI has grown exponentially within the last decade. Self-injury was initially identified as a behavior most often seen among atypically functioning populations and most commonly found in clinical settings, including individuals diagnosed with psychosis and borderline personality disorder (Walsh, 2006). However, during the 1990's and early part of the new millennium, growing awareness of NSSI among community populations of youth prompted inquiry into the scope and nature of the "new" and "puzzling" disorder (Welch, 2004). Since then, NSSI has garnered a high degree of attention in mainstream media such as movies, music, and news reports as evidenced by an increase from almost non-existent to hundreds of references per year over the span of half a decade (Walsh, 2006; Whitlock, Purington, & Gershkovich, 2009). Whether this awareness reflected an actual increase in cases or simply an awakening to a more longstanding issue will remain indefinitely obscure since empirical baseline data on NSSI prevalence in community populations of youth is non-existent in the US prior to this time. It does suggest, however, that NSSI is a behavior unlikely to recede into the annals of social and clinical history any time soon.

NSSI prevalence rates vary dramatically by study and population. Within clinical populations, estimates range from 38% to 82% among adolescents (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Nock, & Prinstein, 2004) and 21% to 65% among adults (Briere & Gil, 1998; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2005). The large variability among clinical prevalence rates can be attributed to numerous factors, including inpatient and outpatient samples, gender distribution, and nature of clinical settings. Within community samples (non-clinical) lifetime prevalence rates range from 12% to 37%



among adolescents (See Jacobson & Gould, 2007 and Rodham & Hawton, 2009 for reviews) and 12% to 20% among university and college students (Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008, Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006; Whitlock, et al., in press). NSSI most commonly begins between the ages of 12 to 15 (Rodham & Hawton, 2009; Whitlock & Selekman, in press) but ranges for age of onset can be quite wide. For example, in a community sample of high school students, 25 % of youth reporting NSSI began prior to age 12 (Ross & Heath, 2002) whereas 25% to 40% of all individuals between the ages of 17 to 24 with NSSI history have reported starting after 17 (Whitlock et al., 2006, Whitlock et. al., in press). Most often practiced in seclusion, the most common NSSI forms reported by adolescents and young adults include scratching, cutting, punching or banging objects with the conscious intention of self-injury, punching or banging oneself, biting, ripping or tearing the skin, carving on the self, and burning (Briere & Gil, 1998; Heath et al., 2008; Klonsky, 2007a, 2007b; Laye-Gindu & Schonert-Reichl, 2005; Nock, 2010; Whitlock, et al., 2006; Whitlock & Selekman, in press).

Although most research finds adolescent and young adult females to be 1.5 to 3 times more likely to self-injure than their male peers (Conterio & Lader, 1998; Favazza, 1999; Whitlock, et al., 2006; Whitlock et al., in press), other empirical research suggests that the gender gap may be narrower than previously assumed ( Briere & Gil, 1998; Deiter, Nicholls, & Pearlman, 2000; Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994; Galley, 2003; Heath et al., 2008; Martin, Rozanes, Pearce, & Allison, 1995; Whitlock & Selekman, in press). Similarly, study of NSSI and ethnicity in adolescents and young adults are inconclusive. While a small number of studies comparing Caucasian to non-

Caucasian youth show significant differences (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007) other studies show similarly high rates in minority samples (Favazza, 1999; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Whitlock & Knox, 2007) or only modest differences between Caucasians and Asian students (Whitlock et al., 2006; Whitlock et. al, in press). There is some evidence linking NSSI to sexual orientation as the prevalence of NSSI is elevated among individuals with bisexual and questioning sexual orientation status (Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul, & William, 2003; Whitlock et al., 2006; Whitlock, et al., in press).

Although NSSI is, by definition, distinct from suicide, many individuals with NSSI history are at an increased risk for suicide related behaviors (Muehlenkamp & Guterrez, 2004; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Whitlock & Knox, 2007; Whitlock et. al., unpublished data). Emerging research suggests NSSI most often precedes suicide-related behaviors and may thus serve as a warning sign for distress that may place individuals at risk for suicide (Whitlock & Knox, 2007; Whitlock et. al., unpublished data). It is also true, however, that the majority of individuals who engage in NSSI do not exhibit any suicidal behavior at all (Muehlenkamp & Guterrez, 2004; Nock et al., 2006; Whitlock & Knox, 2007; Whitlock et. al., unpublished data). Similarly, although NSSI is comorbid with a variety of other mental health related disorders, a significant number of individuals (44% in one study) report NSSI as a separate behavior (Gollust et al., 2008). Taken together, it is evident that early intervention is critical.

In general, a broad base of empirical evidence suggests that the primary function of NSSI is to avoid psychological pain, to express psychological distress, and to refocus one's attention away from negative stimulus (Hawton & Rodham, 2006; Klonsky, 2007b;

Nock & Prinstein, 2004, 2005; Rodham, Hawton, & Evans, 2004; Selekman, 2009; Selekman & Shulem, 2007; Walsh, 2006). Other endorsed functions include self-punishment, anti-dissociation, and anti-suicide, and functions are not mutually exclusive, nor fixed, varying across the lifespan, as well as across populations (See Klonsky & Muehlenkamp 2007 for a review).

### **Leading Researchers Examining Self-Injury Online**

Like the advent of Internet itself, exploration of the presence and influence of NSSI online on the real life of human beings is in fledgling stages, with the earliest studies originating in the beginning of the new millennium. Moreover, the dearth of basic understanding of the shape and size of on-line NSSI communities coupled with the challenges associated with determining the influence of on-line life on off-line behavior and functioning has resulted in largely descriptive studies of web-based NSSI communities and exchanges to date. Earliest pioneering scholars studying online behaviors related to self-injury include Prasad and Owens from the University of Leeds School of Medicine (2001), Adler and Adler, (2005, 2007, 2008) from the University of Colorado, Murray and Fox from Lancaster University, Whitlock and colleagues (2006, 2006, 2007) from Cornell University, Rodham, Gavin, & Miles (2007) from the University of Bath, and Mitchell and Ybarra (2007) from the University of New Hampshire. Current leading researchers include Heath (2009, 2011) and Lewis (2011) from McGill and Guelph University respectively.

The focus of the studies undertaken by early scholars parallel popular trends and evolutionary patterns in modalities of on-line exchange, by transitioning from discussion boards and informational websites, to social networking sites and video sharing sites

such as YouTube. For example, in 2005, a group search using the well known Yahoo! search engine by Murray and Fox (2006) recorded 170 results using the term self-harm, and 180 results for the term self-injury, whereas an identical search today yields over 400 and 300 search results respectively. A simple search today, using the term “self-injury” on the popular search engine Google yields 1, 640 000 results (2011). Although it cannot be assumed that all results pertain specifically to self-injury, a brief examination suggests that the majority is in fact, related. Similarly, Whitlock and colleagues (2006) monitored the growth over time of active message boards dedicated to self-injury and not only found hundreds of NSSI-focused websites, but an increase of 100 new message boards within a one-year time frame. A recent search on the popular video-sharing site YouTube revealed over 5000 videos dedicated to self-injury (Lewis, Heath, Denis, & Noble, in press).

In light of the prevalence rates and largely stigmatized nature of the behavior, the increasing presence of online self-injury content is not surprising. The hidden and secretive nature of the behavior is well protected by the interface of a computer screen, which offers anonymity and privacy. Additionally, virtual communities serve as an unparalleled emotional outlet offering immediate and easy access to individuals and groups and providing acceptance, belonging and support from individuals with shared experiences and interests (Whitlock et al., 2006; Whitlock, Lader, & Conterio, 2007). Despite the sense of social connection and real time exchange, online interactions are neither face-to face nor real-life. This feature may provide individuals with a heightened sense of social distance and control, specifically regarding how they choose to present themselves online. Individuals who engage in self-injury are well matched to these

benefits, as they typically demonstrate emotion regulation difficulties and heightened emotional sensitivity, specifically related to social rejection and interpersonal relationships (Walsh, 2006; Whitlock et al., 2006; Whitlock, Lader, & Conterio, 2007).

### **Cyber Behaviors of Youth Engaging in Self-Injury**

With the vast majority of youth (93%) accessing the Internet on a daily basis, primarily for socialization purposes (Lenhart, 2010), pop culture references such as “the always on” or “mobile” generation are apt descriptors for those many know as “digital natives” (born after 1985). Growing up in the digital age has changed the landscape of individual and social life considerably. For example, although youth are consistently shown to be resistant to formal help seeking in general (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2009), the advent of the Internet provides modern youth with an easily accessible, informational resource, appealing to individuals who seek privacy and anonymity – a venue for help-seeking previously not available to any generation. Among a sample of American youth, 18% reported seeking help for emotional problems online, via chat rooms, instant messaging, and informational websites (Gould, Munfakh, Lubell, Kleinman, & Parker, 2002). Moreover, among a sample of youth aged 12 to 17, 31% of American youth reported using the Internet as an online resource to get information pertaining to health, dieting and fitness, of which 17% reported seeking help for “sensitive” natured topics (Purcell, 2010). The sheer volume of opportunity for unregulated and/or unsupervised contact to limitless information and individuals makes adolescents using the web not only vastly more independent than their early generation peers but significantly more vulnerable to negative messages and interactions. When combined with isolation commonly experienced by individuals engaging in NSSI, both

risk and opportunity for helpful or hurtful messages and exchanges are heightened.

Due to the complexity of interaction between on-line life, NSSI, and developmental stage, NSSI-Internet scholars have surfaced a multihued portrait of the scope and nature of on-line NSSI communities. For example, Whitlock and colleagues (2006) pioneered the first study to observe and document adolescent use of self-injurious specific online message boards, analyzing the 10 most active message boards dedicated to self-injury, and over 3000 individual posts, varying in moderation level. Results suggested that individuals who identified themselves as females' aged 12 to 20 populated the majority of message boards. Additionally, half of all message boards were cross-listed with conditions such as depression, eating disorders and suicide, suggesting that many users accessing self-injury online content experience a variety of comorbid emotional and behavioral issues. Analyses of posted content revealed that online exchanges were multifaceted. Although the most popular type of exchange was provision or solicitation of informal social support among message board members, less potentially healthy exchanges also occurred including normalization and encouragement of self-injurious behaviors, the sharing of self-injuring techniques, scar management and concealment tips, and reinforcement of self-injury as an adaptive coping mechanism. The authors concluded that such virtual exchanges within online communities can be beneficial for otherwise isolated individuals as they may fulfill core developmental needs of stigmatized individuals in search of affirmation, a sense of community, and a chance to interact with others experiencing similar difficulties (Whitlock et al., 2006). The authors also caution, however, that meeting such core needs in this way may be detrimental, since leaving the NSSI community may threaten

a deeper, more developmentally salient sense of belonging, which members may be resistant to challenge or lose (Whitlock et al., 2006).

While message boards remain a popular way of sharing and connecting with others, video based sharing has grown exponentially in popularity since the public introduction of “YouTube” in early 2006. Indeed, recent statistics indicate that seven in ten adult and well over half (70% of adults and 57% of adolescent) of Internet users have watched or download a video online (PEW Teens and social media report, 2007; Purcell, 2010). Additionally, video creation has now become a notable feature of online life, with about one in seven adult and teen Internet users (14%) uploading a video onto the Internet (PEW Teens and social media report, 2007; Purcell, 2010). Like text only message boards, video posting allows for exchange by poster(s) and viewers with all of the same development opportunities and risks as message boards. Unlike text only exchange, video posting appeals to multiple senses (visual and auditory) and often combines artistic and/or graphic imagery with music, poetry, and narrative to simultaneously stimulate affective responses and convey a message. This combination of affective stimulation and cognitive messaging can be particularly potent for viewers since they often include visual imagery and/or in vivo acts of self-injury along with music and/or spoken or written narrative intended to convey a wide range of emotions and messages (Lewis et al., in press; Whitlock et al., 2007).

In a study aimed at exploring and describing the presence and nature of virtual NSSI video sharing, Lewis, Heath, Denis, and Noble (2011) examined the top 50-viewed YouTube character (i.e., videos with a live individual) and non-character videos (i.e. no live individual portrayed), on a variety of qualitative and quantitative variables.

Results indicated that NSSI videos up loaders identified themselves as mostly female (95%) and were an average age of 25 years of age. Of all videos, 80% were accessible by a general audience and did not require a YouTube account (which requires viewers to verify that they are 18 years of age or older). A large majority of non-character videos (90%) had visual representations of NSSI, and included text, NSSI photographs and imagery and music. On average, non-character videos depicted more graphic NSSI imagery and multiple NSSI methods (e.g., cutting, burning) with more than half (58%) providing a trigger warning. Of the character videos, 28% depicted a live act of NSSI, mostly in the form of cutting. Responses to videos were largely positive and included comments indicating viewer acceptance and identification with themes presented in the videos. Despite the frequently graphic nature of the images and/or story, the majority of all videos failed to provide audience members with a trigger warning. The researchers concluded that although video sharing offers another avenue for both creative expression and informal social support, the affective and cognitive appealing nature of the videos might inadvertently normalize and/or glamorize self-injury for an already vulnerable population (Lewis et al., in press).

Studies aimed at investigating differences in the on-line behavior of self-injurious youth when compared to their non-injurious peers reinforce the popularity of on-line communities to individuals with self-injury history. For example, Heath and colleagues (2009) examined online socialization activity among youth who reported engaging in self-injury and found that 34% used the Internet to make friends, of which more than half reported maintaining a personal web page. Comparably, only 19% of their non-self-injuring peers reported using the Internet as a socialization tool, of which only 31% had



personal web pages (Heath, Toste, & McLouth, 2009). The greater on-line social dependency of individuals with a history of self-injury may, as suggested by the authors, reinforce the tendency to avoid real life relationships and difficulties. As suggested by Whitlock et al. (2007), such online social experiences may serve as a poor substitute for real life relationships, and inadvertently hinder the adaptive development of core interpersonal skills, as virtual interactions lack typical social rules, which are common and important within real-life interactions.

In addition to showing greater online dependency, youth who engage in NSSI appear to exhibit greater online risk related behaviors. For example, Mitchell and Ybarra (2007) surveyed 1500 American youth aged 12 to 17 and compared the Internet use and activities among youth who reported recently engaged in deliberate self-harm with those who did not. Although both groups were equally likely to socialize online with known acquaintances, youth who engaged in self-harm were more likely to disclose personal information, have close online relationships with strangers, use sexual screen names, and engage in online sexual encounters with strangers, when compared to non self-harming youth. Although on-line behaviors are not necessarily generalizable to off-line life, such findings suggest concerning trends. Moreover, such online activities could serve as a gateway to more dangerous behaviors both online and offline, conferring increased risk to an already vulnerable population.

### **Cyber Behaviors of Adults Engaging in Self-Injury**

Although self-injury most often begins and ends in childhood or adolescence, it is not an exclusively adolescent phenomenon. Beginning in 2003, Adler and Adler began examining data collected from e-mail communications and self-injury message boards

amongst individuals aged sixteen to fifty, in an attempt to understand the implications of self-injury cyber communities and subculture (Adler & Adler, 2005, 2007, 2008). In one of the first studies to explore Web sites and public postings of individuals who practice self-injury, they identified a group of sites they identified as “pro-self-injury” sites, where self-injury was viewed as a voluntary and adaptive lifestyle choice and as a long-term coping mechanism, similar to the highly popular pro-anorexia and pro-suicide websites. Such sites encouraged members to denounce any feelings of stigmatization and to embrace their self-injury, often offering practical suggestions for engaging in self-injury (Alder & Adler, 2008). These findings were the first to draw attention to the existence of such overt, pro-self injury online attitudes and material that deliberately advocated and encouraged self-injurious thoughts and behaviors.

Although all of the above reviewed studies document or caution about risks associated with high dependency on virtual self-injury sites or communities, it is important to note that online participation and community membership may offer salient benefits to some individuals with self-injury history. For example, Murray and Fox (2006) investigated positive and negative aspects associated with being a member of a popular self-harm discussion group and found most participants endorsed beneficial properties of group membership including obtaining support, freedom of expression, anonymity, and privacy, all of which facilitated their their control of and recovery from self-injury (Murray & Fox, 2006). The majority of respondents (73%) attributed membership to an overall reduction in frequency and severity of self-injurious episodes while only 11.5% of respondents attributed group membership to negative effects, including the learning and reenactment of more severe self-harming methods. Similarly, Rodham, Gavin, & Miles

(2007) qualitatively analyzed 65 interactions on three popular self-harm message board and found that most users found the on-line forum to be an important source of support in a crisis or a potential self-harming episode, a useful place to express and share feelings and emotions, and validation where members sought confirmation of their worth from other members (Rodham et al., 2007). In keeping with this, Johnson and colleagues surveyed members of a virtual community dedicated to self-injury, and found that members cited community and a sense of connection as the most prominent reasons for membership. Indeed, almost half endorsed visiting the message boards at least once a day and indicated in on-line forums that their self-injury behavior had decreased since becoming a member (Johnson, Zastawny, & Kulpa, 2009).

### **Informational Online Self-Injury Resources**

Although there exists a small and growing body of literature aimed at examining the content and usefulness of web-based health information, very little of this research is specific to self-injury. To date, two studies have examined content available on websites offering health advice to individuals with self-injury history. In the earliest of the two self-injury studies Owens and Prasad (2001) investigated the Internet as a source of self-help for individuals who engage in deliberate self-harm and found that available content most often took the form of informal sharing of practical information, guidance, and constructive advice provided by individuals with self-injury history. Although such peer based sharing is often useful in reducing stigma and provision of practical tips, it may lack factual and/or instrumentally helpful information and resources. Similarly, Moyer, Haberstroh, and Marbach (2008) conducted a analysis of 37 non-interactive online resources for self-injury, in order to evaluate the quality of available

online information related to self-injury. Of the analyzed 37 websites, three categories were identified. Twenty-two websites were identified as informational and factual, offering definitions, relevant literature, and outside references concerning self-injury. The majority of these websites were regularly updated, utilized privacy policies, and provided authorship information. Ten of the websites were classified as supportive, where viewers could access fellow users written and visual attestations of their history of self-injury material. Lastly, five websites were classified as pro-self-injury, offering highly triggering material with the tendency to glorify and normalize self-injury. Only six sites were certified by the Health on the Net (HON) foundation, which ensures that websites have been evaluated in order to meet online health information standards (Moyer et al., 2008). The authors conclude that although individuals may have the ability to recognize and avoid triggering material, such websites can provide viewers with false and inaccurate information, which may serve to propagate misconceptions of self-injurious behaviors, and potentially confer more harm than benefit.

In sum, research to date in this area suggests that participation in virtual self-injury communities may pose both risks and benefits to health and wellbeing. Such findings underscore the importance of providing guidance and education about how to balance the benefits of informal support, community, and opportunities for expression and exchange, with the dangers which include sacrificing off-line relationships for more fleeting and intangible on-line ones, yoking the practice of an adverse behavior with deeper needs and desires for community, and reinforcing self-injury through association with many others who may view it as a normal, even healthy, part of life. The ubiquity of the Internet forces individuals who engage in NSSI, as well as clinicians, parents, and

other individuals invested in supporting individuals who self-injure, to contend with such multifaceted opportunities and risks on a daily basis.

### **The Role of The Internet in Self-Injury Assessment and Treatment**

To date, the incorporation of Internet assessment is relatively uncommon in therapy (Whitlock et al., 2007). Although estimates of the number of individuals who use the Internet to access self-injury information, resources, and/or communities remain uncertain, the proliferation of self-injury focused websites suggests that the Internet is a popular venue for individuals seeking such information. Similarly, although the influence of the Internet on off-line self-injury behavior has yet to be investigated, the sheer prevalence of online communities and messages suggests that mental health practitioners, parents, and anyone treating or serving individuals with self-injury behavior or history would be remiss to ignore the likely influence of the Internet on offline behaviors. Such was the conclusion of Whitlock, Lader and Conterio (2007) who set out to assess the role of the Internet in psychotherapy for individuals who engage in self-injury. Based on a review of the literature, the authors presented a series of recommendations for clinicians and concluded that the regular assessment of Internet use may not only be beneficial, but may potentially serve as a crucial component of the therapeutic and recovery process in the modern age. The authors acknowledge the double-edged nature of Internet use during the therapeutic process, cautioning clinicians to be aware of the dangers of Internet use for self-injuring individuals while simultaneously remaining aware of the possible auxiliary therapeutic benefits of moderated web communities and information (Whitlock et al., 2007). Additionally, the researchers suggest that clinicians familiarize themselves with the range of virtual

communities available to self-injurious clients in order to increase understanding concerning the NSSI online perspective. Such knowledge would allow mental health professions to engage in knowledgeable discussions with their clients and to direct clients to accredited sites that are moderated and/or affiliated with professionals or to those likely to provide valuable information and resources. By including assessment of and familiarity with virtual self-injury community options, clinicians will be better poised to incorporate and use, or at least address the risks associated with, virtual resources in the therapeutic process. Whitlock and colleagues (2007) recommend that self-injury focused and general Internet use assessment be conducted at intake and periodically throughout therapy. Additionally, mental health professionals can suggest that clients track Internet activity through a daily log, documenting frequency, activities, feelings, emotions and behaviors both during and following self-injury focused online (Whitlock et al., 2007). Clients can also be encouraged to explore web-based modalities dedicated to self-injury with their psychotherapist, and jointly decide which ones are appropriate given the clients current level of functioning. Alternatively, clients can be encouraged to bring a “print screen” to therapy sessions, in the event that they would like to discuss certain online exchanges, or visual material. Assessment of both NSSI specific Internet use and general Internet use can provide valuable information about frequency, purpose and function of online behaviors. It may also shed light on the extent of client involvement among online communities, and specific influences of online behavior on off line functioning and overall therapeutic process.

### **Implications for Web-Based Self-Injury Intervention and Prevention**

The prolific on-line prevalence of self-injury suggests that the Internet may

represent a contemporary and novel approach to intervention and prevention for NSSI, as it provides the opportunity to reach out to a diverse and often otherwise difficult to access population. This may prove particularly useful for youth since engaging virtually, and potentially anonymously, may remove many of the traditional boundaries associated with the provision of mental health services which tend to dissuade youth from accessing services. Since the practice of self-injury is often intertwined with feelings of shame and secrecy, such virtual services may prove to be particularly useful. Furthermore, utilizing the Internet as a web-based tool offers numerous advantages for mental health care provision, including removing geographical, financial, and temporal constraints associated with traditional therapy (Zabinski, Celio, Jacobs, Manwaring, & Wilfley, 2003).

The multifaceted nature of the Internet allows for differentiated intervention and prevention approaches, as suggested by Zabinski and colleagues (2003), which include psycho education, asynchronous communication (i.e., interactions between individuals that do not occur during real time, such as message boards and video-posting), and synchronous communication (interactive discussions similar to real-life interactions, as they occur in real-time, such as chat rooms and video-discussions). Lessons learned from forays into virtual intervention in the field of eating disorders, an equally maladaptive behavior, offer several useful reflections on how NSSI prevention and intervention may be conducted on-line where studies show that computerized interventions and electronically delivered prevention programs have promising results among eating disordered populations of female college students (See Zabinski et al., 2001a, 2001b for a review).

Such studies also suggest, however, that although the Internet may appear to be a particularly promising venue for self-injury intervention and prevention, there are also notable limitations. For example, the lack of accredited informational online resources is problematic, as the way in which self-injury is depicted and presented may vary as a function of accreditation, administrator status and level of professionalism. Websites that lack professional accreditation force viewers to rely heavily on the informal insight from current and past self-injurers and may ultimately do more harm than good. Thus, while informational websites may serve as an innovative venue for presenting psycho educational material and credible NSSI information, it is essential that these be created, administered and/or monitored by individuals equipped to facilitate healthy exchange and growth (if personal exchange is indicated by the nature of the intervention or prevention program) and to handle unintended risks that arise as a result of the program (Owens et al., 2001; Walsh, 2006; Whitlock et al., 2006). Furthermore, all Internet-based intervention and prevention efforts must be prepared to address circumstances such as iatrogenic effects, unforeseen crises, limited client investment, as well as ethical considerations such as confidentiality and privacy issues (Zabinski et al., 2003).

### **Directions for Future Research and Summary**

Preliminary research has laid a foundation for understanding the scope and nature of NSSI online activities but would be immensely augmented by longitudinal data as well as studies dedicated to exploring the relationship of on-line life to off-line life. Such information would assist in understanding changes in NSSI online content, participant demographics, and content and patterns of exchange over time (Lewis et al., in press). Furthermore, studies intended to elucidate differences between individuals



who do and do not access virtual communities would aid in creating informational sites and web-based interventions programs likely to benefit individuals with NSSI history who use the Internet as a primary source of NSSI information and exchange.

Future research would also benefit greatly from examination of factors that distinguish individuals who prefer certain on-line modality to others. For example, what variables differentiate an individual who chooses to post a video, which depicts their own acts of self-injury, compared to an individual who engages in online social exchange related to NSSI on a discussion board? It is possible that online activities may serve as an indication as to different NSSI severity profiles, which may serve to assist mental health professionals during the course of therapy and to provide greater information as to the influence of NSSI online behaviors on offline behaviors. Finally, social networking sites such as Facebook and Twitter have led to an explosion of activity within the world of social networking. With the advent of many cell phone applications, individuals are essentially online all the time. Researchers would benefit greatly from examining trends and patterns of NSSI online activities and content on these among these popular social networking sites, as they may provide even greater insight into the NSSI online youth perspective. It is possible that such innovative approaches can be succinctly integrated into traditional therapeutic approaches, so that both are maximized and strongly benefit the needs of the client (Zabinski et al., 2003; Whitlock et al., 2007).

In sum, it is evident that research is clearly needed in order to determine what the best web-based avenue is to reach various NSSI populations. The continued growth of NSSI content online appears limitless, as are the opportunities to empirically

examine and further understand online activities concerning NSSI, and the influence they exert on both online and offline behaviors. As such, the future of self-injury in cyberspace is an exciting one, filled with immeasurable opportunities to improve the not only the current understanding of NSSI, but to improve prevention efforts, assessment practices and intervention approaches.

## References

- Adler, P. A., & Adler, P. (2008). The cyber worlds of self-injurers: Deviant communities, relationships and selves. *Symbolic Interaction*, 3, 33-56. Retrieved from <http://researcher.royalroads.ca/moodle/course/view.php?id=878/>
- Adler, P. A., & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-injury: From psychopathology to sociological deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36, 537-570. doi:10.1177/0891241607301968
- Adler, P. A., & Adler, P. (2005). Self-injurers as loners: The social organization of solitary deviance. *Deviant Behavior* 26:345-78. doi:10.1080/016396290931696
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620. doi:10.1037/h0080369
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Self-care versus self-harm: Piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 11-18. doi:10.1002/erv.612
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers. New York: Hyperion.
- Deiter, P. J., Nicholls, S. S., & Pearlman, L. A. (2000). Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1173-1191. Retrieved from [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1097-4679](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1097-4679)
- Dulit, R., Fryer, M., Leon, A., Brodsky, B., & Frances, A. (1994) Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 15, 1305-1311. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/>
- Favazza, A. R. (1999). Self mutilation. In D.G. Jacobs (Ed.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention* (pp. 125-145). San Francisco: Jossey-Bass.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
- Galley, M. (2003). Student self-harm: silent school crisis. *Education Week*, p. 2.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56, 491-498. doi: <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498>
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Lubell, K., Kleinman, M., & Parker, S. (2002). Seeking help from the Internet during adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1182-1189. doi:10.1097/00004583-200210000-00007
- Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. Unpublished raw data.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of Non-suicidal self-injury in college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 137-156. Retrieved from <http://www.amhca.org/news/journal.aspx>
- International Society for the Study of Self-injury. (2010, October 28). About Self-injury. Retrieved October 28, 2010, from: <http://www.issweb.org/aboutnssi.php>.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129-147. doi:10.1080/13811110701247602

- Johnson, G. M., Zastawny, S., & Kulpa, A. (2010). E-Message boards for those who self-injure: Implications for e-health. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8, 566–569. doi: 10.1007/s11469-009-9237-x
- Klonsky, E. D. (2007a). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E.D. (Ed.) (2007b, November Issue, Edited Volume). Non-suicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology/In Session*. doi:10.1002/jclp.20411
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1045–1056. doi: <http://dx.doi.org/10.1002%2Fjclp.20412>
- Laye-Gindhu, A, Schonert-Reichl, K. A. (2005). Non-suicidal self-harm among community adolescents: Understanding the ‘whats’ and ‘whys’ of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447–457. doi:10.1007/s10964-005-7262-z
- Lenhart, A. (2010). Social media & young adults (PEW Internet and American Life Project). Retrieved from the PEW Research website: <http://www.pewInternet.org/presentations/2010/Feb/Department-of-Commerce.aspx>
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Denis, J. M., & Noble, R. N. (in press). Representations of self-injury on YouTube: An emerging phenomenon. *Pediatrics*.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison., S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*, 92, 336–344. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09594.x
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2009). Special issues in treating adolescent Non-suicidal self-injury. In M. Nock (Ed.), *Understanding Non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 251-270). Washington: APA Books.
- Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventative intervention. *Preventative Medicine*, 45, 392-396. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.05.008
- Moyer, M., Haberstroh, S., & Marbach, C. (2008). Self-injurious behaviors on the net: A survey of resources for school counselors. *Professional School Counselling*, 11, 277-284. doi:10.5330/PSC.n.2010-11.277
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-23. doi:10.1521/suli.34.1.12.27769
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in Non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69–82. doi: 10.1080/13811110600992902.
- Murray, C. D., & Fox, J. (2006). Do Internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behaviour? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5, 225-233. Retrieved from <http://www.auseinet.com/journal/vol5iss3/murray.pdf>
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1333–1341. doi:10.1097/00004583-200211000-00015.

- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *The Annual Review Of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146. doi:10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885
- Prasad, V., & Owens, D. (2001). Using the Internet as a source of self-help for people who self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 25, 222-225. doi:10.1192/pb.25.6.222
- Purcell, K. (2010). The state of online video (PEW Internet and American Life Project). Retrieved from the PEW Research website: <http://www.pewInternet.org/~media/Files/Reports/2010/PIP-The-State-of-Online-Video.pdf>
- Rodham, K., Gavin, J., & Miles, M. (2007). I hear, I listen and I care: A qualitative investigation into the function of a self-harm message board. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 422-430. doi:10.1521/suli.2007.37.4.422
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009) Epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injury. In M. Nock (Ed.), *Understanding Non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington: APA Books.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004) Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87. doi:10.1097/00004583-200401000-00017
- Ross, S., & Heath, N. L. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77. doi:10.1023/A:1014089117419.
- Selekman, M. D. (2009). *The adolescent and young adult self-harming treatment manual: A collaborative strengths-based brief therapy approach*. New York: W. W. Norton & Co.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541–546. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.541
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Welch, E. T. (2004). *Self-injury: When pain feels good*. Phillipsburg, NJ: P&R Publishing.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 114, 1939–1948. doi:10.1542/peds.2005-2543.
- Whitlock J., Lader, W., & Conterio, K. (2007). The Internet and self-injury: What psychotherapists should know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1135-1143. doi:10.1002/jclp.20420

- Whitlock, J., & Knox, K. (2007). "The relationship between suicide and self-injury in a young adult population." *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 634-640. doi:10.1001/archpedi.161.7.634
- Whitlock, J, Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, J., Abrams, G.B., Marchell, T., Kress, K., Girard, K., Chin, C., Knox, K. (in press). Non-suicidal self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*.
- Whitlock, J, Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Grace Martin, K., Smith, E., Barreira, J., Abrams, G.B., Kress, V. (in preparation). Gateway or getaway: the temporal relationship between Non-suicidal self-injury and suicide.
- Whitlock, J., Powers, J.L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407-417. doi:10.1037/0012-1649.42.3.407
- Whitlock, J., Purington, A., Gershkovich, M. (2009). Influence of the media on self injurious behavior. In M. Nock (Eds.) *Understanding Non-suicidal self-injury: Origins, Assessment and Treatment* (pp. 139-156). APA Books.
- Whitlock, J.L. & Selekman, M. (in press). Non-suicidal self-injury (NSSI) across the lifespan. In *Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, edited by M. Nock. Oxford Library of Psychology, Oxford University Press.
- Zabinski, M. F., Celio, A. A., Jacobs, J., Manwaring, J., & Wilfley, D. E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 183–197. doi:10.1002/erv.525
- Zabinski, M. F., Pung, M. A., Wilfley, D. E., Eppstein, D. L., Winzelberg, A. J., Celio, A., & Taylor, C. B. (2001a). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401–408. doi:10.1002/eat.1036
- Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Pung, M. A., Winzelberg, A. J., Eldridge, K., & Taylor, C. B. (2001b). An interactive Internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 129–137. doi:10.1002/eat.1065

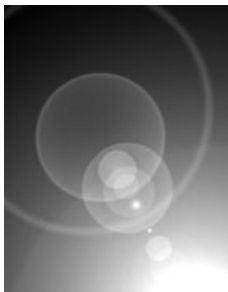
### Additional Readings

- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gross, E. F., Juvonen, J., & Gable, S. L. (2002). Internet use and well-being in adolescence. *Journal of Social Issues, 58*, 75–90.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53*, 1017–1031.
- McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (2000). Plan 9 from Cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review, 4*, 57–75.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.

**Key Terms**

Non-suicidal self-injury; online behaviours; Internet; social networking websites; video posting; adolescents





ORIGINAL ARTICLE

# 'Change can only be a good thing:' staff views on the introduction of a harm minimisation policy in a Forensic Learning Disability service

**Rebecca Fish, Sarah Woodward and Helen Duperouzel**, Calderstones Partnership NHS Foundation Trust, Mitton Road, Whalley, BB7 9PE, (E-mail: R.Fish@calderstones.nhs.uk)

## Accessible summary

- Staff were asked for their views on using harm minimisation with people with a learning disability who self-harm.
- Staff felt that this policy could benefit some but not all of the clients.
- They felt that staff and clients should be able to choose whether to be involved in using harm minimisation.
- Staff were mostly in favour of harm minimisation but were worried about the level of their responsibility.

## Summary

Recent local research about personal experiences of self-injury and discussions about the use of harm minimisation with service users who self-injure were the motivation behind this study to glean staff opinions and advice about the introduction of a harm minimisation policy. An online survey was designed, and all staff were invited by email to take part. The survey used multiple-choice questions as well as providing room for open comments. Eighty-five per cent of the seventy-one staff that responded were in favour of the introduction of a harm minimisation policy. Common requests for inclusion were: clear, individualised guidelines that include roles and responsibilities, staff and client support systems, client education and staff training and advice about duty of care issues. This exercise has been invaluable in the production of a harm minimisation policy. Services should consider implementing this type of policy on an individual basis.

Keywords *Harm minimisation, secure services, self-injury*

## Introduction

Harm minimisation is a concept originally applied to drug users, where services would provide support such as needle exchange and access to less harmful substances. This approach recognises that there will always be people who

want to take risks, and so gives them information and help to promote their safety, with the hope of reducing any further harmful consequences.

Recently, there have been discussions about using the harm minimisation model with people who self-injure whilst living in residential services. The definition of harm

minimisation in this context is allowing the client to injure themselves safely and giving advice on how to care for wounds, how to cut more 'safely' and how to use clean instruments. Growing numbers of professionals – along with service users – are now advocating this approach: accepting that service users need to self-harm and therefore not working to prevent their self-harm but rather to enable service users to limit the physical damage (Harm-Ed 2008).

Traditional treatment techniques in residential services have involved confiscating items that could be used to self-injure, physically preventing people from self-injuring (Harker-Longton & Fish 2002; Waterhouse & Marriott 2010) or even punishing people for self-injuring (McAllister & Davis 2001); however, research suggests that taking away someone's ability to self-injure removes their method of coping, increasing traumatic feelings and potentially increasing the risk that they will self-injure in more dangerous ways, or attempt suicide (Holley & Horton 2007). The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004) acknowledges the danger of attempting to prevent self-injury, which may lead to the behaviour increasing or being driven 'underground'. 'Differing motivations for self-harm and different modes of injury require that therapeutic responses vary. Yet, according to the literature and personal observation, nursing responses tend to be uniform and inflexible. Not only are such responses inadequate for effectively dealing with individuals who self-harm, they also have unintended, hidden deleterious consequences for nurses and nursing.' (McAllister & Davis 2001: 391).

Service user activists such as Louise Pembroke have long promoted the concept of harm minimisation for people who self-injure. This approach is defined by Pembroke (2007: 166) as accepting and respecting service users' need to self-injure, service providers not automatically removing implements from inpatients and imparting basic skills in wound care and physiology to limit the physical damage of self-harm. 'Harm minimisation is about accepting the need to self-harm as a valid method of survival until survival is possible by other means.' Health workers have been increasingly recognising that interventions focusing purely on cessation of self-harm can be ineffectual and even lead to increasing the very risks sought to be reduced. 'Therapeutic approaches that are based on open-minded, non-judgmental listening and on harm minimisation rather than abstinence may be more effective than current treatment approaches that forbid any form of deliberate self-harm' (Mangnall & Yurkovich 2008: 175). The approach in this context therefore involves making self-injury as safe as possible, whilst alternative coping strategies are considered.

Although there is little published research about the application of harm minimisation with people who self-injure, there has been significant progress towards policy development. The Royal College of Nursing debated the

issue of 'safer self-harm' at their congress in 2006. Chris Holley, who introduced the discussion, led a pilot harm minimisation scheme at Staffordshire NHS Trust. Funded by the Department of Health, the scheme is looking at how self-harm can be safely facilitated (see Sutton 2008). Pengelly *et al.* (2008) describe the development of a harm minimisation handbook in a forensic psychiatric service. They gathered views from service users, a psychiatrist, a psychotherapist, a GP and a solicitor and concluded that harm minimisation should be just one part of a continuing and comprehensive care plan, and the service user should give informed consent as well as being involved in the decision-making process.

In a survey undertaken in 1999 (see Sutton 2008), helpful aspects of therapy from the service users' perspectives were 'being trusted to take care of one's own wounds,' 'speaking to a non-judgemental person' and 'no pressures to stop self-injury until other coping strategies are firmly in place'. Unhelpful aspects were a 'ban on self-injury,' 'not feeling heard' and 'being left alone to cope with the aftermath'.

The research described in this study was carried out at Hospital C NHS Trust, which is a secure unit for people with learning difficulties. At Hospital C, there are a significant number of clients who have used habitual self-injury over long periods of time. Currently, they are prevented from doing this, which causes problems for both staff and clients: clients can feel frustrated and preoccupied with finding a way to self-injure and this can impede their treatment (Harker-Longton & Fish 2002; Holley & Horton 2007), staff may experience distress (Fish 2000) and resort to overzealous reactions, which can damage the therapeutic relationship (Duperouzel & Fish 2008). There are moves towards a harm minimisation approach to be used with a small number of appropriate clients.

Literature looking at self-injurious behaviour from the point of view of people with learning disabilities is limited. Harker-Longton & Fish (2002) reported on a case study of a woman with learning disabilities who was living in a medium secure unit. James & Warner (2005) and Duperouzel & Fish (2008) describe staff and clients' experiences of self-injury in a forensic service. Common to all of these studies was the opinion that prevention of self-injury was unhelpful to both staff and clients and did not stop the client from wanting to self-injure.

Although there is no literature regarding the use of harm minimisation approaches with this group, it has been argued many common issues exist for women who self-harm, regardless of the presence of learning difficulties (James & Warner 2005). James and Warner conclude that the label of 'learning disability' is too easily used to differentiate them from the general population and state that failing to recognise this and designing restrictive services that treat women as passive recipients is complicit in maintaining self-injurious behaviour; similar conclusions were made in the case study by Harker-Longton & Fish (2002).

## Legal implications of harm minimisation

Legally, the concept of harm minimisation with people who self-injure raises several issues. The Suicide Act (1961) states that it is an offence to aid, abet, counsel or procure someone else's suicide. This means that if a client died as a result of a harm minimisation policy, the actions of the staff could be construed as criminal, unless it could be proved that the intervention was given in the patient's best interests (Harm-Ed 2008; Hewitt 2010).

It is unlikely that the legal position for harm minimisation with self-injury will become any clearer until a case is brought before the courts.

NICE guidelines (2004) now recommend the discussion of harm minimisation with clients who repeatedly self-injure. While this stops short of backing the implementation of harm minimisation, it has succeeded in increasing awareness of the approach. Given the legal issues associated with harm minimisation, it was felt within Hospital C that policy guidance should be developed before staff could consider using the approach with any clients. Much of the published literature regarding self-injury and harm minimisation makes reference to the potential for distress to staff members. Therefore, as part of the policy development, the current project was undertaken to assess staff views.

## Method

A short questionnaire was designed in consultation with Clinical Governance staff at the trust. The question asked for job title and opinions about harm minimisation and policy. The questionnaire was online, available through the trust intranet. A global email was sent to all staff asking for their voluntary responses. The following staff (Table 1) responded:

The majority of staff ( $n = 52$ ) were therefore employed in ward-based positions, meaning that they were most likely to

**Table 1** Job titles of respondents

Support worker	19
Staff nurse	18
Ward manager	8
Senior support worker	3
Deputy ward manager	2
Network manager	2
Student nurse	2
Clinical governance co-ordinator	1
Researcher	1
Medical secretary	1
Business development manager	1
Behaviour nurse therapist	1
Psychologist	1
Consultant in forensic clinical psychology	1
Practice educator	1
Service manager	1
Clinical nurse specialist	1
Did not specify	7

encounter self-injury on a regular basis and more likely to be affected by the implementation of a harm minimisation policy. No further demographic data were collected from participants as it was felt to be more important to maintain anonymity within a small service.

## Results

The results of the questionnaire are given later in the text. Open questions were subject to thematic analysis, using QSR NVivo software (QSR International Ltd, Victoria, Australia) for Windows. The percentages will not add up to 100 as some comments covered a number of areas.

### If the trust was to introduce a harm minimisation policy, what do you think it should include?

This question was followed by a number of statements that respondents could choose any number. Table 2 shows the percentage of responses for each choice. In response to this question, 85% of respondents indicated that 'Well-defined guidelines for staff about how to respond to injuries' should be included in the policy, with 'Showing other coping strategies, safer alternatives to self-injury' being chosen by eighty-three per cent of respondents. The least chosen comment was 'Access to safer self-injury equipment' that was selected by 59% per cent of respondents (see Table 2).

### What would you like to be included in a harm minimisation policy?

This was an open question where respondents could give a short comment. Table 3 shows the frequency and themes of responses together with an example of a relevant quote. Half of all respondents would like the harm minimisation policy to have clear guidelines, for areas such as emergency

**Table 2** If the Trust was to introduce a harm minimisation policy, what do you think it should include?

	%
Well-defined guidelines for staff about how to respond to injuries	85
Showing other coping strategies, safer alternatives to self-injury	83
Clients having someone to talk to about their self-injury	80
Clients being taught about wound care	79
Education for clients and staff about which are the most serious injuries	73
Involving clients in their risk management	72
Involving clients in their wound care	72
Information for clients about where to cut safely	66
Access to safe room for clients	63
Strict guidance for staff and clients about which behaviours are allowed	62
Access to safer self-injury equipment	59

**Table 3** What would you like to be included in a harm minimisation policy?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Clear guidelines (50% of responses)	Protocol to follow in an emergency Infection control guidelines and safe storage of equipment Staff ratio guidelines Clear after-care guidelines Guidelines for appropriate and inappropriate actions Guidelines drawn up in collaboration with clients and staff	'Clearly define our "support role" with self-injury and "duty of care" towards the clients we are supporting, the policy should have guidance and examples of what is appropriate actions and the definite don'ts.'
Staff support (27%)	Clearly defined roles and responsibilities Staff should have a choice whether to work with someone who self-injures Support about Code of Conduct and duty of care Support groups Counselling service Time out after incident Clinical supervision – facilitated by PTS	'Who takes the responsibility for the cutting? Staff to be able to decide whether they take any part of this process, to reduce stress in their work environment. A staff counsel service for those exposed to self harm regularly and time out for those after incidents.'
Client education (20%)	Risks of self-injury Alternatives to self-injury Easy to understand coping strategies	'Clients should be educated in: Risks of self injury i.e. Disability, loss of functions, ugly scarring; alternatives to self injury.'
Staff training (16%)	Reasons for self-injury Triggers for self-injury Differences between self-injury and suicide How to support clients and not stigmatise	'All staff should have basic self injurious behaviour training to give more insight into why a client feels the need to display this behaviour and the difference between suicide attempts and SIB.'
Client Support (10%)	Support groups for clients Counselling for clients to find underlying causes of self-injury	'Support group or network for clients who self harm and support groups for staff who work with client who self harm.'
Individual guidelines (5%)	Policy should be person centred and not applied to all clients Should be an individual plan and risk management	'The policy should be person centered and balanced against the risks to individuals. It should be clear that the policy will not necessarily apply to all clients. There should be a clear functional analysis of each client's self injurious behaviour. The policy should state clearly that it retains an aspiration for people to stop self injuring.'

responses, staff ratios and infection control. Staff support was mentioned by 27% of respondents who were worried about responsibilities and duty of care. The need for individual staff to be able to choose whether to be involved in harm minimisation was suggested a number of times. Client education, staff training and client support were other major themes (see Table 3).

### What support will staff need?

This question was another open question for people to give their own comments (see Table 4). Staff training was seen to be very important, with 50% of people mentioning this – including training about alternatives to self-injury and therapeutic approaches. Staff support was also a major theme, with support from management as well as clinical supervision and support networks being popular answers. Clear information was also seen as support in 14% of answers.

### Should harm minimisation be applied to all clients?

Seventy-eight per cent of people thought that harm minimisation should be applied on an individual basis (see Table 5), whereas 22% of people agreed that all clients should have access to this approach.

### What difficulties would staff face?

When asked what difficulties they thought staff using a harm minimisation approach would face, 62% of comments mentioned personal responses, such as guilt and the natural reaction to stop self-injury. Staff also made statements about culpability and duty of care (see Table 6).

### What therapy should clients have access to?

Formal therapies were most often suggested in this open question. Cognitive behavioural therapy (CBT) and cognitive analytic therapy (CAT) were very popular, as were support groups and assertiveness training. Staff also mentioned informal support such as talking therapies and outside activities (see Table 7).

### What should national guidance include for clients?

When asked this open question, staff thought education and guidance were most important, with 75% of responses including something about this theme. Staff commented that clients should be educated about responsibility, their rights and role in harm minimisation and alternative coping strategies. Organisational issues were mentioned in 25% of

**Table 4** What support will staff need?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Staff training (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternatives to self-injury</li> <li>Therapeutic approaches</li> <li>Reasons for self-injury</li> <li>Wound care</li> <li>Listening skills</li> <li>Redirection skills</li> <li>Recognising limitations</li> <li>Training from experienced staff</li> <li>Examples of good practice</li> <li>Legal standpoint/ethical issues</li> <li>Refresher courses</li> </ul>	'Training on the right attitude to adopt and about the reasons why people self harm, wound care and management support from all management and medical teams.'
Staff support (50%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consistent support from management</li> <li>Lessons learned rather than blame culture</li> <li>Regular, compulsory one-to-one debriefing</li> <li>Clinical supervision with PTS input</li> <li>Time out facilities</li> <li>Regular, compulsory clinical supervision</li> <li>Support networks and groups to share good practice</li> <li>Immediate access to advice</li> <li>Collaborative approaches with clients</li> <li>Supporting less able clients</li> </ul>	'A lot of reassurance, some training in how to respond (what is helpful/not), staff support and supervision groups to enable staff to increase awareness and process own feelings about the approach generally. Also collaborative approaches with individual clients.'
Information available (14%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information on individual clients</li> <li>Clear guidance</li> <li>Acceptable and unacceptable self-injury</li> <li>Recording and monitoring procedures</li> <li>Evaluation and Research</li> <li>Trade unions should be informed</li> </ul>	'Staff would need to know what procedure to follow as regards what is acceptable they may also need a supervision afterwards or at least debriefing. Not all staff understand self harm, even after training these people would not be suitable. It will require close monitoring.'

**Table 5** Should harm minimisation be applied to all clients?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Only on an individual basis (78%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>For those with optimal chance of recovery</li> <li>Only clients who feel they would benefit, for those with long history of SH</li> <li>Only some behaviours, ie not ingestion or using ligatures</li> <li>Benefits and risks should be weighed up, dependent on past behaviour, depending on severity of harm, and state of mind,</li> <li>With consultation of staff and clients</li> <li>With consultation of multidisciplinary group</li> <li>With consultation of doctor</li> <li>Only for those for whom SH is a way of life</li> <li>Not for suicidal</li> <li>Should be tailored depending on cognitive ability</li> <li>Should be linked to intent and motivation</li> <li>With comprehensive risk assessment</li> </ul>	'I think each client that self injures should be reviewed individually and discussions with them and their care team undertaken before any decision is made. I think a blanket approach could be harmful to some and encourage certain clients to self harm more seriously than they already do.'
Yes (22%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>To give optimal chance of recovery</li> </ul>	'This approach alongside psychological interventions could provide clients who self injure with the optimal chance of recovery by giving them (and staff paradoxically) control especially in the context of an MSU service over a way of coping that they will engage in anyway.'

**Table 6** What difficulties would staff face?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Personal (62%)	Changing beliefs/natural reaction to stop SI Personally would not like to watch SH/Fear of seeing blood/wounds Fear of SI escalating/serious harm Guilt Needing to understand reasons Feelings of hopelessness and frustration Anxiety/stress May feel they are encouraging SI	'I would personally not like to watch someone self harming. As I feel it would affect my own mental health.'
Organisational (34%)	Duty of care Fear of making decisions, interpretation of policy, taking risks, boundaries Culpability Need for strict guidance Worries about infection Access to support networks	'Blurred boundaries and staff having to make judgments – they are more used to scripted responses and prescribed actions to set behaviours.'
Client related (8%)	Clients may feel uncared for/unsupported Attacks from clients and abuse of system/seeing SH as a right Clients may copy each other Men should get as much support as women	'Confidentiality is a major issue. Clients may be drawn towards copying peers. Consequently, possible unintentional more serious self harm may occur.'

**Table 7** What therapy should clients have access to?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Formal (50%)	CBT PTS BNT Support groups Assertiveness training Solution focussed therapy Functional analysis CAT Anger management Supportive counselling Self-esteem building/body image Social problem solving	'Various forms of talking therapy from longer term psychotherapy to more time limited structured therapies such as CAT. This would mainly aim to enable the client to establish an effective trusting therapeutic relationship within which they can feel safe to discuss aspects of their personal histories which have often been abusive and traumatic.'
Informal (40%)	1:1 support Talking therapies with staff Relaxation Outside activities – walks, hobbies, family visits Time and opportunities to build therapeutic relationships Collaborative therapies Safe environment Consistency in approach Education – wound care, safer SH Losing the blame culture	'1:1 with trained support staff.'
Other (10%)	Depends on person/ability	'Impossible to say based on individual assessment of needs.'

comments, including suggestions to employ trained sympathetic staff and avoiding blame culture (see Table 8).

### A harm minimisation policy:

Table 9 shows the frequency of responses for each statement, ranging from strongly agree to strongly disagree.

Eighty-four per cent of respondents agreed that a harm minimisation policy encourages clients to take more control over their lives, and 83% agreed that it would help clients to take responsibility for their self-injury. Also notable is 75% of respondents agreed that a harm minimisation policy would help clients develop more healthy ways of coping.



**Table 8** What should national guidance include for clients?

Main response theme	Subthemes	Example quote
Education and guidance (75%)	Education about taking responsibility The client's role in harm minimisation and how to apply Information about clients' rights and consent with reference to harm minimisation Education/support for alternative coping strategies Information about risks of serious self-injury Accessible info, clear and visible guidelines Where to go for help about harm minimisation Education about wound care	'User friendly guidance on harm minimisation; what is it; who could use it; why use it; alternative treatments; risks; how to apply to use it. Clear guidance as to how to present their case for acceptance to use this procedure.'
Organisational (25%)	Employ trained sympathetic staff Avoid blame culture Provide clean safe environment Person centred approaches Provide documentation about process on discharge	'Specifically trained staff who are well educated in self harm and empathic about a persons needs.'
User consultation/involvement (5%)	Therapy sessions Support networks – safe arena to voice opinions	'A client's perspective on self harm and good practice/describing how they would like to be treated/supported by various services whether they be mental health/LD, A & E etc. and written by clients themselves.'

**Table 9** A harm minimisation policy

Statement	Strongly agree %		Neutral %		Strongly disagree %
Helps clients to take responsibility for their self-injury	56	27	15	1	0
Will increase the risk of client suicides at Hospital C	1	6	27	31	35
Will help clients develop more healthy ways of coping	41	34	21	4	0
Encourages clients to take more control over their lives	49	35	11	4	0
Is against the nursing staff's statutory duty of care	3	15	30	32	20
Will make life easier for staff at Hospital C	10	4	35	15	35
May stop clients from injuring in more dangerous ways	41	37	18	3	1

Sixty-seven per cent of respondents felt that a harm minimisation policy was not likely to increase the risk of suicide in clients. Interestingly, despite these apparently positive responses, 52% of respondents had concerns regarding the policy being against nurses' duty of care.

### Are you in favour of a harm minimisation policy?

Eighty-five per cent of respondents were in favour of a harm minimisation policy, whereas 15% were not (see Table 10).

## Discussion

Eighty-five per cent of staff who responded to this questionnaire said they were in favour of a harm minimisation policy being introduced at their service. This is a large majority, indicating widespread support through the trust for this policy, and endorses previous research that suggested a growing trend for the support of harm minimisa-

tion among professionals (Harm-Ed 2008). Most respondents (78%), however, did not want a harm minimisation policy to be applicable to all clients, preferring clients to be selected for eligibility. This is in line with other research that suggests not all clients who self-injure can use this approach (Pembroke 2006a,b; Pengelly *et al.* 2008). When asked about their concerns about implementing harm minimisation, respondents were most apprehensive about their personal reactions to supervising self-harm and dealing with the aftermath. Many (62%) had concerns regarding their natural reaction to prevent self-harm and the change in their beliefs, which would be required for the policy to be effective. They also expressed concerns about being asked to witness self-harm and the distress that this would cause them personally. Previous research supports this, with Fish (2000) and Duperouzel & Fish (2008) describing the difficulties and distress experienced by staff. One of the recommended solutions to this, as described by the staff, would be to only use staff who had volunteered to work within this regime. However, this also reflects common

**Table 10** Are you in favour of a harm minimisation policy?

Main response theme	Example quote
Yes (85%)	'I am in favour of harm minimisation policy because I think the clients would stress less because they are being allowed to cope with day to day stresses and problems with the only way they know how. Safe self harm should be used for all clients who self harm. Most of the time the clients are trying to self harm and staff are trying to stop them and frustrations are created and the client wants to self harm more because of it.'
No (15%)	'I would be very cautious about introducing such a scheme for people with learning disabilities based upon a mental health model and mental health based research without the necessary learning disability research.'

misunderstandings among professionals about the nature of harm minimisation. Details of the proposed policy were left intentionally vague prior to participants completing the survey to avoid a response bias. This seems to have led to some participants misinterpreting the details of harm minimisation. Pembroke (2006a) expressed concern that asking staff to witness self-harm may be viewed as part of the harm minimisation approach, calling it 'unreasonable and unrealistic'.

Respondents also expressed concerns regarding the organisational issues a harm minimisation policy would raise. They were concerned about their duty of care to clients and taking responsibility for interpreting the policy. This could be dealt with by firm guidelines regarding how staff dealt with injuries and when the policy should and should not be implemented.

Fifty per cent of respondents stated that they felt the policy should include guidelines on support for staff, such as supervision from qualified psychological treatment service staff or support and advice networks, an option that may mitigate some of the potential distress for staff. Extensive training, support from management and being sure that they would not be blamed for a client's injuries were also important to staff. This is consistent with a study looking at staff responses to self-injury, where staff asked for more training and support in these areas (Fish 2000). Staff training should address the issue of harm reduction, moving away from prevention and control. A shared understanding of self-harm would also be helpful; service user involvement in training can be a powerful way of facilitating this.

With regard to client support, 48% of staff questioned felt that clients should have access to formal therapies such as cognitive behavioural therapy (CBT) or cognitive analytic therapy (CAT). A significant number (42%) felt that clients should be able to engage in informal therapies, such as building relationships with staff and outside activities. This

is in line with the basic principles of harm minimisation outlined in Pembroke (2006a) which states that harm minimisation is one part of an approach that should also include access to alternative coping strategies and psycho-social work.

Hoping for cessation of harm in service users who self-injure repetitively might be an unrealistic aim because self-injuring is often a way of coping, or surviving distress; it can even be a way to avert suicide. In such cases, it can be better simply to limit the damage caused by self-injury while it continues (Pembroke 2006a,b). Many staff agreed that a harm minimisation policy should include guidance on teaching clients about wound care (79%), education for staff and clients on the most serious wounds (73%) and involving clients in their risk management and wound care (72%), strategies that have the potential to limit damage caused by self-injury.

Staff expressed concerns about their culpability and felt that support from management would be important. Taking into account legal issues (see Hewitt 2010 and Pengelly *et al.* 2008), this suggests that any harm minimisation policy would need to be robust and have the support of senior management before support staff would feel comfortable acting upon it.

## Conclusion

'Nurses who encounter individuals who self-injure on a regular basis face a dilemma. Do they go for prohibition? Or do they allow this to occur in a way that minimises harm?' (Templeton 2006:1). Debate about the practice of giving clean blades to service users has seen much opposition and many health professionals are opposed to this citing 'duty of care' and their code of practice of 'do no harm', but this may be less harmful than service users using dirty implements.

Duty of care is defined as the legal obligation to be careful in conduct or care so that people are not injured by our actions or our failure to act. It is clear that service users will self-injure even in a restricted environment where vigorous attempts are made to prevent self-injury (Duperouzel & Fish 2010), so it makes sense to support service users to be safe. NICE (2004) suggests harm minimisation techniques be offered to people who self-injure as a good practice point, although this guidance does not define what constitutes harm minimisation, giving little direction for services and carers who without specific guidance will at best do nothing.

With a lack of research in this area, debate is still underway as to how this can be achieved and what we mean by harm minimisation for people who self-injure, but in the meantime, advice and support about safe cutting, infection control, and when to seek medical support coupled with support based on mutual understanding and respect cannot perceivably do any harm.



This study has responded to the need for more research into the effectiveness of new, non-aversive interventions (Prangnell 2010). Staff in this study gave extremely in-depth and well thought out responses to the questionnaire; it was clear that staff have clients' interests at the forefront of their minds. The respondents reported that with the correct training and support, they would be willing to work with a harm minimisation policy and gave plenty of advice about how to make it successful. The authors of this study agree that harm minimisation approaches can be extremely relevant and therapeutic in contemporary care situations. 'This way people heal in their own time. Telling people to stop makes them more secretive, more dangerous and more dishonest about it. People need to not feel threatened by people that are ultimately trying to help them' (Mental Health Foundation, 2006: 70).

## References

- Duperouzel H. & Fish R. (2008) Why couldn't I stop her? Self-injury: the views of staff and clients in a medium secure unit. *Br J Learn Disabil*, **36**: 59–65.
- Duperouzel H. & Fish R. (2010) Hurting no-one else's body but your own: people with intellectual disability who self-injure in a forensic service. *J Appl Res Intellect Disabil*, **23**: 606–15.
- Fish R. (2000) 'Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service: experiences of direct care staff'. *J Learn Disabil*, **4**: 193–207.
- Harker-Longton W. & Fish R. (2002) 'Cutting doesn't make you die: one woman's views on the treatment of her self-injurious behaviour'. *J Learn Disabil*, **6**: 137–51.
- Harm-Ed (2008) *Limiting the Damage: practical harm-minimisation for self-harm*. Pavilion Publications conference paper.
- Hewitt D. (2010) Self-harm minimisation and the law. *Primary Health Care*, **20**: 24–5.
- Holley C. & Horton R. (2007) *'The safer self-injury initiative' in 'Healing the Hurt Within' Sutton*, 3rd edn. Oxford, How to books.
- James M. & Warner S. (2005) Coping with their lives – women, learning disabilities, self-harm and the secure unit: a Q-methodological study. *Br J Learn Disabil*, **33**: 120–7.
- Mangnall J. & Yurkovich E. (2008) 'A Literature Review of Deliberate Self-Harm'. *Perspect Psychiatr Care*, **44**: 175–84.
- McAllister M. & Davis B. (2001) In harm's way: a postmodern narrative inquiry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, **8**: 391–7.
- Mental Health Foundation (2006) 'Truth Hurts' – Report of the National Inquiry into Self-harm among Young People see.
- National Institute for Clinical Excellence (2004) Self-harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. <http://www.nice.org.uk>.
- Office of Public Sector Information (1961) The Suicide Act from the UK Statute Law Database.
- Pembroke L. (2006a) Limiting self-harm. *Emerg Nurs*, **14**: 8–10, September 2006.
- Pembroke L. (2006b) Offer us what we want. *Ment Health Today*, July/August: 16–8.
- Pembroke L. (2007) 'Limiting the damage of self-injury'. In: Spandler H., Warner S., editors. *Beyond fear and control: working with young people who self-harm*. Ross-on-Wye, PCCS Books: 163–172.
- Pengelly N., Ford B., Blenkiron P. & Reilly S. (2008) 'Harm minimisation after repeated self-harm: development of a trust handbook'. *Psychiatr Bull*, **32**: 60–3.
- Prangnell S.J. (2010) Behavioural interventions for self-injurious behaviour: a review of recent evidence (1998–2008). *Br J Learn Disabil*, **38**: 259–70.
- Sutton J. (2008) *Healing the Hurt Within*. 3rd edn. Oxford, How to books.
- Templeton S.-K. (2006). Self-harmers to be given clean blades. Medical Correspondent. *The Sunday Times*, February 5.
- Waterhouse S. & Marriott S. (2010) Self-harm and mental health – your guide to today's mental health issues. *Mental Health Today*, Feb 21–23.

# Management of self-harm wounds

Ousey C, Ousey K (2012) Management of self-harm wounds. Nursing Standard. 27, 9, 58-66. Date of acceptance: March 26 2012.

## Abstract

Self-harm may be used by individuals as a means to relieve distress and may be a coping and suicide prevention strategy. This article focuses on risk assessment of patients who may self-harm as well as the treatment of those presenting with self-harm wounds.

## Authors

Claire Ousey

Mental health practitioner, Pennine Care Foundation Trust, Nye Bevan House, Rochdale.

Karen Ousey

Reader in advancing clinical practice, School of Human and Health Sciences, Centre for Health and Social Care Research, University of Huddersfield.

Correspondence to: [claire.ousey@nhs.net](mailto:claire.ousey@nhs.net)

## Keywords

Harm minimisation, mental health, self-harm, wound care

## Review

All articles are subject to external double-blind peer review and checked for plagiarism using automated software.

## Online

Guidelines on writing for publication are available at [www.nursing-standard.co.uk](http://www.nursing-standard.co.uk). For related articles visit the archive and search using the keywords above.

THE UK HAS ONE of the highest rates of self-harm in Europe, with 400 cases per 100,000 people (Mental Health Foundation 2007). Approximately 450 million people worldwide have a mental health problem (Mental Health Foundation 2007), and one in four people will develop one or more mental disorders in their lifetime (World Health Organization (WHO) 2001). Although self-harm is not classified as a mental disorder, it does result from mental distress. The Information Centre for Health and Social Care published figures on the number of hospital admissions resulting from self-harm for 2009/10, and admissions were found to have increased by approximately 10,000 since the 2006/7 reporting period.

The Mental Health Foundation (2007) states that self-harm presents a major challenge to services and organisations. Healthcare professionals require adequate and appropriate training to be able to deal sensitively with the needs of this patient group, as well as ensuring that accurate and comprehensive risk assessment is carried out to identify those who may have suicidal intent. Healthcare professionals also require knowledge of local policy to manage people with self-harm wounds as well as services to which patients can be referred for support.

Self-harm can occur at any age, but is most common in adolescents and young people (Meltzer *et al* 2002). Women are more likely to self-harm than men, however men who self-harm are more than twice as likely as women to die as a result of suicide, and this risk increases significantly with age for both men and women (Hawton *et al* 2003). Poisoning has been identified as the most common reason for admission to hospital as a result of self-harm, followed by cutting with a sharp or blunt object (The Information Centre for Health and Social Care 2012).

Most nurses will come into contact with patients who self-harm. These healthcare professionals will require the skills to be able to assess the patient and plan and implement an appropriate management strategy.

## Defining self-harm

Self-harm may be viewed by some as a way of coping with distress. It is generally agreed that self-harm involves acts of deliberate harm either by causing a physical injury or by neglect (National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004, Mental Health Foundation 2006, National Self Harm Network 2009, Mind 2010, Royal College of Psychiatrists 2010).

Horrocks *et al* (2003) suggested that people who self-harm were less likely to seek treatment and that cutting as a method of self-harm was responsible for approximately one fifth of all attendances at emergency departments. The Royal College of Psychiatrists (2010) defined self-harm as 'an intentional act of self-poisoning or self-injury irrespective of the type of motivation or degree of suicidal intent'.

It is important that healthcare professionals have an understanding of what constitutes self-harm and that not all episodes of self-harm are attempts to commit suicide. Management strategies should take into account the individual needs of the patient.

### Assessing risk

Individuals who self-harm should be assessed for risk of further self-injurious behaviour as well as the potential for suicide. Psychological problems, such as depression, should also be identified (NICE 2004). Assessment should identify the mental capacity of the individual and his or her willingness to undergo further psychological assessment, if necessary. Patients who self-harm should be afforded the same care, respect and dignity as any other patient. This will involve providing the patient with verbal and written information about planned treatment and care, as well as other services that may be helpful (NICE 2004). Involving the patient in decision making is essential to encourage self-management. It is important to note that the patient may be embarrassed by the need for service involvement. The practitioner should be sensitive to this, and direct the patient to the relevant sources or services for further support and self-help information.

The Department of Health (DH) (2007) identified three main areas of risk in mental health services: violence (antisocial and offending behaviour), self-harm or suicide, and self-neglect. A consistent approach to the assessment of risk in those who self-harm is necessary and healthcare professionals need to have the knowledge to be able to address patients' complex needs. Several tools are available to assess risk (DH 2007).

### Clinical Risk Management Tool/Working with Risk

This tool is a structured checklist of relevant risk and contextual factors. It is related to mental health services that can encompass self-harm but is not specific to self-harm. It includes assessment of suicide, neglect, violence and other risks rated as 'present' or 'absent'. Text boxes for descriptions of the context of risk factors, positive resources, risk management considerations, opportunities for risk prevention, and short and long-term options for risk management are also included (DH 2007).

### Beck Hopelessness Scale

This is a self-report scale, measuring three aspects of hopelessness: feelings about the future, loss of motivation and expectation. There are 20 true or false statement items, which are scored 0 or 1 (false = 0, true = 1). The total score ranges from 0-20, with a score of 15 or more indicating that the patient is at risk of suicide (DH 2007).

### 'SAD PERSONS' mnemonic

This tool assesses the presence or absence of ten risk factors for suicide, which are scored as follows (DH 2007):

- ▶ Sex: 1 if male.
- ▶ Age: 1 if <20 or >44 years.
- ▶ Depression: 1 if depression is present.
- ▶ Previous suicide attempt: 1 if present.
- ▶ Ethanol abuse: 1 if present.
- ▶ Rational thinking loss: 1 if present.
- ▶ Loss of social support: 1 if present.
- ▶ Organised plan to commit suicide: 1 if plan is made and is lethal.
- ▶ No spouse: 1 if divorced, widowed, separated or single.
- ▶ Sickness: 1 if chronic, debilitating and severe.

A score of 5 or more indicates that the patient should be referred to a psychiatrist. A score of 4-5 indicates that a discussion with a psychiatrist is necessary, and a score of 3 or less indicates that the patient can be discharged but must have a follow-up appointment (DH 2007).

### Suicidal Intent Scale

This tool can be self-administered or completed in an interview. It assesses the severity of suicidal intention following a suicide attempt. It has 15 items separated into circumstances related to the suicide attempt, for example the presence of a suicide note, and self-report items, for example expectations of fatality. Each item is scored 1-3 and cut-offs for severity are provided (DH 2007).

### Scale for Suicide Ideation

This tool can be self-administered or completed during an interview. It is a 21-item scale that assesses the intensity of a person's attitudes to suicide and his or her behaviours and plans to commit suicide during the past week. Each item is scored 0-2, there are no specific cut-off scores and a positive response to any of the items should be viewed as cause for concern (DH 2007).

### Developing therapeutic relationships

Self-harm wounds differ from accidental injuries, and healthcare professionals need to be sensitive to this. Self-harm can have an effect on the physical and emotional state of patients. Individuals may be calm or anxious and may be concerned about negative reactions from healthcare professionals to their wounds (Tantam and Huband 2009). Some may have negative experiences of dealing with healthcare professionals in the past. Harris (2000) reported that individuals who cut or burn themselves often experienced little tolerance, compassion or

respect when they sought professional care for their wounds.

Positive therapeutic relationships should be developed with any individual who has self-harmed, and healthcare professionals should gain the person's trust and encourage adherence to management strategies (Wright 2010). It is important to establish the underlying reasons for the act of self-harm in a sensitive manner and refer the patient to appropriate healthcare professionals if necessary, provided that the patient agrees. People who self-harm may do so as a way of coping with distress. NICE (2004) suggested that this group of patients is likely to continue to self-harm until they receive appropriate psychotherapeutic interventions and support. It is also important to recognise that preventing self-harm may not be an option because it may be viewed as a coping strategy. In some cases, healthcare professionals may only be able to encourage patients to self-harm in a safe way, for example by using clean blades and dressing wounds, and agree to seek help if their wounds are severe.

During initial assessment the healthcare professional should determine whether there is a contributory factor to the act of self-harm. If alcohol or drug misuse is identified as a contributory factor, referral to the local alcohol and drugs team is advocated. In addition the healthcare professional may identify potential stressors in the patient's family dynamics or personal relationships. This may warrant referral to the local psychological therapy team, where the patient can be supported to address these underlying issues.

It is important that patients feel that their distress is understood and validated through holistic assessment that explores both the physical and psychosocial dimensions of the self-harm act. Cameron *et al* (2005) stated that the therapeutic relationship between the nurse and patient is an interpersonal, transactional process that aims to affect a positive change. It is important to recognise the effect that caring for patients who self-harm may have on healthcare professionals and the support that they may need to deal with feelings of fear, anger and helplessness as a result of not being able to help the patient or prevent self-harm or suicide (Connors 2000). NICE (2004) also recognised that treating and caring for people who self-harm is emotionally demanding and staff undertaking this work should receive clinical supervision. Local psychological therapy services may be helpful in providing further support for clinicians.

Babiker and Arnold (1998) identified that patients could benefit mentally and physically

from caring for their own injuries and recognising when to seek appropriate medical help. Patients who self-harm on a regular basis should be given information about how to care for their wounds, and how to identify signs and symptoms of infection. Patients should receive information on:

- ▶ Classical signs and symptoms of infection.
- ▶ How to keep the wound clean – cleaning with warm 0.9% sodium chloride or tap water.
- ▶ Importance of keeping the wound dressing intact and not removing it unless the wound is due to be redressed.
- ▶ When to seek medical assistance, for example if there is excessive discharge, if the wound becomes malodorous and if there is an increase in pain around the wound area.

If the patient has been assessed in the community, the GP should be the first point of contact. If the patient has been assessed in the emergency department, it may be necessary to refer directly to mental health services. The multidisciplinary team that may be involved in the care of patients who self-harm is made up of healthcare professionals from a range of specialities (Figure 1). NICE (2004) emphasised that it was important that the multidisciplinary team offers advice on harm minimisation techniques, alternative coping strategies and how best to deal with scarring.

### Managing the wound

Depending on where the person who self-harms presents (for example the emergency department) and the site of the wound, first aid may be required to maintain a clear airway, control bleeding and ensure adequate circulation. St John Ambulance, St Andrew's Ambulance Association and British Red Cross (2002) suggested that immediate action may be needed to control profuse bleeding, address shock from hypovolaemia, restore blood perfusion by removing any ligatures, or stabilise a puncture wound. Once the patient is stable then wound assessment can be undertaken. This should include the location, size and depth of the wound; level of pain; cause of the injury, including instruments that were used; and any sign of nerve or tendon damage. Assessment and care should be documented and the patient should be involved in decision making regarding treatment or management strategies.

It is important to treat the wound, promote wound healing and prevent infection. NICE (2004) developed guidance for healthcare professionals caring for patients who self-harm. Wound assessment and discussion with the patient should inform any decisions about treatment for superficial uncomplicated injuries

more than 5cm in length, or deeper injuries of any length. In the treatment and management of superficial uncomplicated injuries of less than 5cm in length, the use of a tissue adhesive should be offered as a first-line treatment option or skin closure strips could be used as an effective alternative (NICE 2004).

Following wound assessment, cleansing of the wound should be undertaken. Edmonds (2005) suggested that this should be carried out using warm 0.9% sodium chloride because it does not damage granulating tissue. However, a Cochrane review (Fernandez *et al* 2008) investigated the evidence for using water for wound cleansing and concluded that tap water is unlikely to be harmful. The decision to use tap water to cleanse wounds should take into account the quality of water, nature of the wound and the patient's general condition, including the presence of co-morbidities. Irrigation is the preferred method of cleansing; the use of gauze and cotton wool balls may result in infection due to fibres being shed into the wound (Ousey 2005). Debridement of the wound may be necessary to remove any foreign bodies, dead tissue or exudate.

### Maintaining a moist wound healing environment

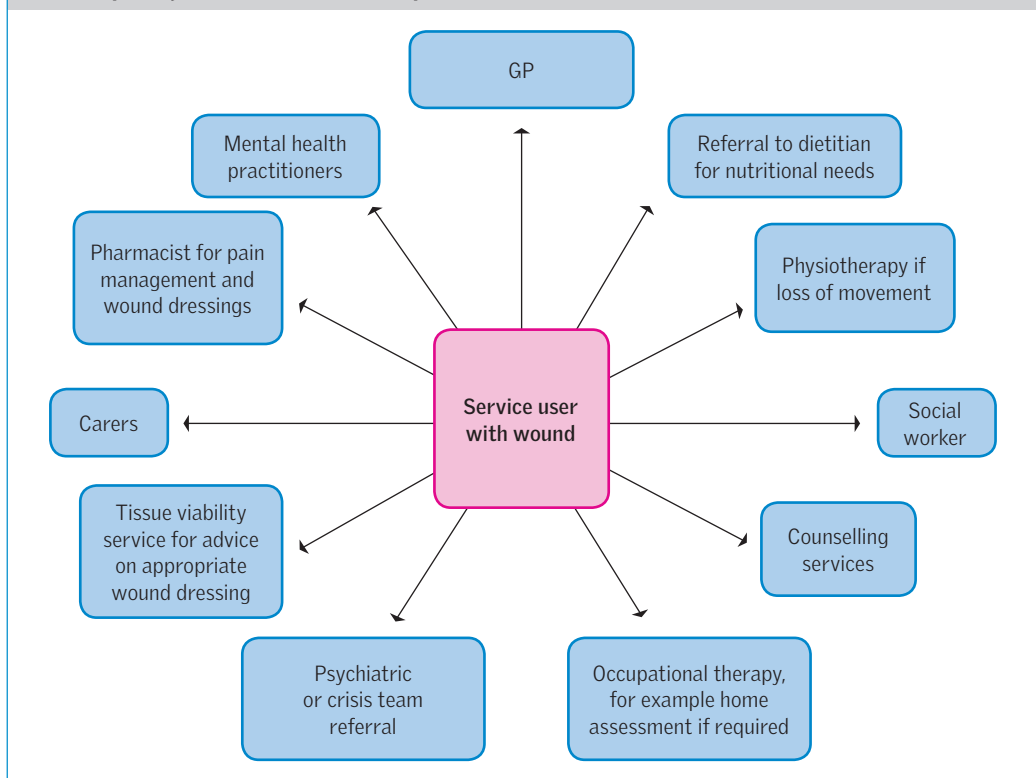
Winter's (1962) seminal work on partial-thickness wounds (skin loss of the epidermis, dermis or both, which may be superficial and present as a shallow crater, abrasion or blister) identified that a moist environment was conducive to wound healing. Winter (1962) identified that in a moist occlusive or semi-occlusive environment, epithelialisation occurred at twice the rate compared to a dry environment. The notion of moist wound healing is now integral in advanced wound care dressings. However, care must be taken to ensure that the wound does not become too wet and so macerates the peri-wound area and causes tissue breakdown (Bale and Jones 1997). The benefits of a moist wound healing environment include prevention of tissue dehydration and cell death, accelerated angiogenesis (formation of new blood vessels), increased breakdown of dead tissue and fibrin, and reduced pain (Kerstein 1995).

### Choosing an appropriate dressing

There are many different dressings available to choose from. However, it is essential to choose the most appropriate dressing to provide an

**FIGURE 1**

**Multidisciplinary team involvement with patients who self-harm**



optimum environment to promote wound healing. A wound dressing should (Turner 1992):

- ▶ Provide a moist wound healing environment.
- ▶ Protect the wound.
- ▶ Prevent peri-skin maceration.
- ▶ Contain exudates.
- ▶ Reduce pain.
- ▶ Be easy to apply.
- ▶ Conform to the wound.
- ▶ Be acceptable to the patient.

Following assessment of the wound the healthcare professional will need to choose an appropriate dressing. Table 1 provides examples of dressings that may be considered. It should be noted that this list is not exhaustive and healthcare professionals are advised to refer to their local formulary and guidance when choosing a dressing. The tissue viability service should be contacted for advice and specialist expertise as necessary.

Before applying any wound dressing it is essential that the patient understands why the dressing has been chosen, its mode of action and how long it needs to remain *in situ*. Patients need to be aware of the signs and symptoms of infection and seek medical assistance if wound infection is suspected.

Kingsley (2001) described infection as the presence of multiplying microorganisms in a wound that overwhelm the host's immune response, with associated clinical signs and symptoms. The associated classical signs and symptoms include pain, redness (erythema), heat, oedema and purulent exudate. Cutting *et al* (2005) described additional criteria for identifying wound infection that include abscess formation, cellulitis, discharge, delayed healing, discolouration, friable granulation tissue that bleeds easily, unexpected pain and/or tenderness, pocketing at the base of the wound,

**TABLE 1**

**Examples of wound dressings**

Type of dressing	Example of wound dressing	Type of wound
Semi-permeable film	Tegaderm, OpSite	Superficial wounds
Non-adherent, moist (Tulle gras) – gauze impregnated with paraffin or similar, may be impregnated with antiseptics or antibiotics	Urgotul, Mepitel, Atrauman	Burns, secondary intention healing (wound is left open to heal)
Non-adherent, dry, thin	Melolin	Superficial (caution – can adhere to wounds)
Calcium alginate 'natural polysaccharide from seaweed'	Kaltostat, Sorbsan, Suprasorb	Moderate to heavily exuding wounds
Foam	Lyof foam, Allevyn	Mild to moderate exuding wounds
Super absorbent	Flivasorb	Highly exuding wounds
Hydrocolloid	Granuflex, DuoDERM	Dry or light exuding wounds, granulating, superficial
Hydrofibre	Aquacel	Useful for debriding, highly absorbent, suitable for use on medium to high exudate
Hydrogels	GranuGel, ActiForm	Dry wounds (dressing should be moisture donating)
Silver impregnated	Aquacel Ag, Melgisorb Ag	Infected wounds
Silicone (Safetac technology: a patented adhesive technology that minimises damage to the skin and wound, reducing pain at dressing change and preventing maceration, and skin-stripping)	Mepilex	Moderate to highly exuding wounds
Silicone (Safetac technology)	Mepitel	Low to highly exuding wounds
Honey-based	Activon, Algivon	Anti-inflammatory properties, debriding, for use on sloughy wounds, pressure ulcers, surgical wounds, burns, graft sites and malodorous wounds
Deodorising	CarboFLEX	Used as a primary dressing, may adhere to the wound bed, therefore the use of a non-adherent dressing is advised



bridging of epithelium or soft tissue, abnormal smell and wound breakdown.

Involving patients in their care will help to promote a positive experience of healthcare intervention and will encourage self-care of wounds and promote harm minimisation.

Patients may wish to alert a nominated person, of their choice, to support them at the time of crisis. This ensures that the patient's needs are respected. Pembroke (2007) suggested the use of consultant letters, advance directives and crisis cards to promote the patient's choices in terms of the care he or she wishes to receive. Pembroke (2007) identified that patients can use these documents to identify their preferred choice of treatment in terms of dressings and strategies for harm minimisation.

## Conclusion

Managing a wound resulting from an act of self-harm can be challenging. While it is important to manage and treat the wound to prevent infection, it is also necessary to refer the patient to appropriate services or sources of support to deal with underlying issues that may have contributed to self-harm. It is important that the reason for self-harm is investigated and care interventions are discussed with patients, ensuring involvement in their care. Timely referral of patients to appropriate professionals is essential to enable assessment of mental health needs. There is a range of wound dressings that can be chosen when treating the wound, but reference to the local formulary and guidance is essential **NS**

## References

- Babiker G, Arnold L (1998) *The Language of Injury: Comprehending Self-Mutilation*. BPS Books, Leicester.
- Bale S, Jones V (1997) *Wound Care Nursing*. Baillière Tindall, London.
- Cameron D, Kapur R, Campbell P (2005) Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 12, 1, 64-74.
- Connors RE (2000) *Self-Injury: Psychotherapy with People Who Engage in Self-Inflicted Violence*. Aronson, New York NY.
- Cutting KF, White RJ, Mahoney P, Harding KG (2005) Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In Cutting KF, Gilchrist B, Gottrup F, Leaper D, Vowden P (Eds) *Position Document: Identifying Criteria for Wound Infection*. Medical Education Partnership, London, 6-9.
- Department of Health (2007) *Best Practice in Managing Risk: Principles and Evidence for Best Practice in the Assessment and Management of Risk to Self and Others in Mental Health Services*. tinyurl.com/8mv95bf (Last accessed: October 1 2012.)
- Edmonds M (2005) Infection in the neuroischaemic foot. *International Journal of Lower Extremity Wounds*. 4, 3, 145-153.
- Fernandez R, Griffiths R, Ussia C (2008) Water for wound cleansing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1, CD003861.
- Harris J (2000) Self-harm: cutting the bad out of me. *Qualitative Health Research*. 10, 2, 164-173.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R (2003) Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*. 182, 537-542.
- Horrocks J, Price S, House A, Owens D (2003) Self-injury attendances in the accident and emergency department: clinical database study. *British Journal of Psychiatry*. 183, 34-39.
- Kerstein MD (1995) Moist wound healing: the clinical perspective. *Ostomy/Wound Management*. 41, Suppl 7A, 37S-44S.
- Kingsley A (2001) A proactive approach to wound infection. *Nursing Standard*. 15, 30, 50-58.
- Meltzer H, Lader D, Corbin T, Singleton N, Jenkins R, Brugha T (2002) *Non-Fatal Suicidal Behaviour Among Adults aged 16 to 74 in Great Britain*. The Stationery Office, London.
- Mental Health Foundation (2006) *The Truth about Self-Harm... For Young People and their Friends and Families*. tinyurl.com/72qzluo (Last accessed: October 1 2012.)
- Mental Health Foundation (2007) *The Fundamental Facts: The Latest Facts and Figures on Mental Health*. tinyurl.com/9xczdk (Last accessed: October 1 2012.)
- Mind (2010) *Understanding Self-Harm*. tinyurl.com/8bth8cg (Last accessed: October 1 2012.)
- National Institute for Clinical Excellence (2004) *Self-Harm The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care*. tinyurl.com/81872ov (Last accessed: October 1 2012.)
- National Self Harm Network (2009) *Self Harm and Suicide*. www.nshn.co.uk/suicide.html (Last accessed: October 1 2012.)
- Ousey K (2005) *Pressure Area Care*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Pembroke LR (2007) Harm minimisation: limiting the damage of self-injury. In Spandler H, Warner S (Eds) *Beyond Fear and Control: Working with Young People Who Self-Harm*. PCCS Books Ltd, Ross-on-Wye, Herefordshire, 163-172.
- Royal College of Psychiatrists (2010) *Self-Harm, Suicide and Risk: Helping People who Self-Harm*. tinyurl.com/3yhypt6 (Last accessed: October 1 2012.)
- St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association, British Red Cross (2002) *First Aid Manual*. Eighth edition. Dorling Kindersley, London.
- Tantam D, Huband N (2009) *Understanding Repeated Self-Injury: A Multidisciplinary Approach*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- The Information Centre for Health and Social Care (2012) *Hospital Admissions for Intentional Self Harm Increase by Nearly 10,000 in Three Years Says New Report, Which Also Shows Seasonal Variation in Admission Numbers*. tinyurl.com/94gp3ft (Last accessed: October 1 2012.)
- Turner TD (1992) Surgical dressings and their evolution. In Harding KG, Leaper DL, Turner TD (Eds) *Proceedings of the 1st European Conference on Advances in Wound Management*. Macmillan Magazines, London, 181-187.
- Winter GD (1962) Formulation of the scab and the rate of epithelisation in the skin of the domestic pig. *Nature*. 193, 293-294.
- World Health Organization (2001) *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO, Geneva.
- Wright KM (2010) Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*. 19, 3, 154-161.

