Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

PATIENTERS UPPLEVELSER AV PERSONALENS BEMÖTANDE VID SJÄLVSKADEBETEENDE

THE PATIENTS EXPERIENCE OF THE BE-MEETING OF PROFESSIONAL CARE PROVIDERS ON PATIENT WITH SELF-HARM

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin 2015

Författare: Ezennaya Chidiogo
Olofsson Annette

SAMMANFATTNING

Titel:	Patienters upplevelser av personalens bemötande vid självskadebeteende
Författare:	Ezennaya, Chidiogo; Olofsson, Annette
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan Skövde
Program/kurs:	Examensarbete i omvårdnad, OM625G, 15hp
Handledare:	Johansson, Anita
Examinator:	Thorstensson, Stina
Sidor:	21 sidor
Nyckelord:	Personalens bemötande, självbiografier, biografier, självskadebeteende

BAKGRUND: Självskadebeteende är ett impulsivt beteende där de drabbade medvetet tillfogar sig själva kroppsliga skador med motivet att lindra sin känslomässiga oro. Beteendet ses ofta hos unga vuxna och ger upphov till många känslor i samhället och är väldigt stigmatiserat.

SYFTE: Syftet är att beskriva patienters upplevelser av vårdpersonalens bemötande vid självskadebeteende.

METOD: En litteraturstudie baserad på självbiografier och biografier som analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT: Resultatet visar att patienter med självskadebeteende anser att vårdpersonalen saknar kunskap om självskadebeteende och hur det ska behandlas. Personalen är osäkra och nedlåtande i sitt förhållningssätt, tar inte patienterna på allvar och hela vårdprocessen tyngs av organisationen och dess regler vilket inskränker på patienternas rättigheter. Vårdrelationen har också stor betydelse för tillfrisknande.

SLUTSATS: Patienter med självskadebeteende har många negativa upplevelser av bemötandet hos vårdpersonal och detta påverkar deras process mot ett tillfrisknande. För att kunna ge effektiv, kvalitativ och individanpassad vård som främjar tillfrisknande i helandeprocessen är det viktigt och meningsfullt att personalen skaffar sig tillräcklig kunskap om självskadebeteende. Genom detta kan de få bättre förståelse för beteendet och individen bakom ärren.

ABSTRACT

Title:	The patients experience of the be-meeting of professional care providers on patient with self-harm.
Author:	Ezennaya, Chidiogo; Olofsson, Annette
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Johansson, Anita
Examiner:	Thorstensson, Stina
Pages:	21 pages
Keywords:	Care providers attitudes, autobiography, biography, self-harm

BACKGROUND: Self-harm is an impulsive behavior whereby sufferers intentionally inflict damage to their body tissues with the motive of relieving themselves of emotional anxiety. It is often seen in young adults, arouses lots of feelings in the society and is highly stigmatized.

PURPOSE: The purpose of this literature review is to describe the patient`s experiences of be-meeting of care providers towards patients that self-harm.

METHOD: A literature study of autobiography and biography was done and analysed using the qualitative content analysis.

RESULTS: The results shows that self-harm patients sees care providers as lacking knowledge regarding self-harm and its care. Care providers are diffident, derogatory in their be-meeting and do not take self-harm patients seriously. The whole care process encumbered by organization and its rules leading to infringments on the patient`s rights. The care relationship plays a crucial role in the patients recorvery.

CONCLUSION: Self-harm patients have a lot of negative experiences of the be-meeting of the care providers towards them and this affects the process to their health recovery. For effective, qualitative and individualized care that promotes recovery in the health process, it will be meaningfully and important that care providers equip themselves with adequate knowledge of self-harm thereby improving their understanding of the behavior and the individual behind the scar.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....
ABSTRACT .....
INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Självskadebeteende 1
Upplevelse av självskadebeteende 2
Livsvärld 3
Lidande 3
Vårdlidande 3
Vårdrelation 4
PROBLEMFORMULERING 5
SYFTE 5
METOD 6
Urval 6
Datainsamling 6
Analys 6
ETISKA ÖVERVÄGANDE 7
RESULTAT 9
Personalens förhållningssätt 9
Bristfällig kunskap och osäkerhet 9
Organisation och regler 10
Vårdrelationens betydelse 11
Känsla av nedvärdering och kränkning 11
Hotfull vårdupplevelse 12
Inte bli tagen på allvar 12
Bli sedd 13
Lyhördhet 13
DISKUSSION 14
Metoddiskussion 14
Resultatdiskussion 14
Fortsatt forskning 17

Slutsatser **17**
Kliniska implikationer **17**
REFERENSER **18**
Bilaga 1 .....

INLEDNING

Självskadebeteende är ett beteende som väcker tankar och reaktioner bland enskilda människor och samhället i stort. Det finns många typer av beteenden som innebär att personer tillfogar sig själv skada. Ibland framförs tankar om att självskadebeteende är kamrat-influerat, ett ”modefenomen” eller ett sätt att signalera en avvikande livsstil. Du kanske har någon nära vän, arbetskamrat, släkting eller liknande som kämpar med detta beteende. Upplever du det svårt att förstå hur någon kan ta till sådana ytterligheter som att skada sig själv och funderar på hur dessa personer skall bemötas? Detta beteende har uppmärksammats alltmer under de senaste åren inte minst på grund av att flera rapporter visat att problemet är både omfattande och oroväckande. Beteendet är ofta belastat med skuld, skam och det finns en osäkerhet omkring bemötandefrågor. Under de senaste åren har självskadebeteendet ökat, främst hos unga vuxna mellan 15-29 år. Dessa personer söker hjälp och vård inom olika organisationer inom sjukvården och träffar då flera olika personalkategorier. I vårt yrkesverksamma dagliga arbete möter vi dessa patienter och upplever att det finns frågor och funderingar omkring bemötandeaspekter. Därför är det viktigt för vårdpersonal att få kunskap om hur dessa patienter upplever sig bli bemötta av personal.

BAKGRUND

Självskadebeteende

Overland (2000) definierar självskadebeteende som personer som använder och avsiktligt förstör sin hudyta genom att exempelvis skära, bränna för att påverka sitt emotionella tillstånd. Personerna skadar sig själva för att uppnå ett visst psykiskt tillstånd med stark smärta, och för att kommunicera något som tidigare har verkat omöjligt. Trots att beteendet blivit vanligare är det fortfarande tabubelagt och belastat med skuld och skam. Det är bara patienten som kan beskriva hur det känns att lida av självskadebeteende och dennes upplevelse av bemötandet från vårdpersonal (a.a.). Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2004) beskriver självskadebeteendet som ett fenomen som funnits länge och inom vissa kulturer är det ritualiserat. Beteendet börjar ofta tidigt i tonåren, kan pågå en kortare tid och sedan upphöra men kan också fortsätta under längre tid. Det kan vara ett sätt att hantera stress, reglera känslor, dämpa ångest och hantera påträngande känslor. Det kan också vara ett sätt att straffa sig själv eller ett uttryck för självhat (a.a.). Socialstyrelsen (2013) visar i en studie att psykisk ohälsa har ökat i åldersgruppen 15-29 år under de senaste åren och menar att det beror bland annat på ökat självskadebeteende. Bland kvinnor i åldersgruppen 15-24 år har sjukhusinläggning ökat sedan början av 1990-talet. Därefter har en minskning skett men sjukhusinläggningarna ligger kvar på en betydligt högre nivå än under 1990-talet (a.a.). Enligt Nationella Självskadeprojektet (2015) är det svårt att få fram exakta uppgifter på förekomst av personer med självskadebeteende. Anledningen är att det gjorts flera

undersökningar men med olika definitioner och mätmetoder. Socialstyrelsen för register över diagnoser vid slutenvård, men det är viktigt att komma ihåg att flertalet av personer med självskadebeteende aldrig söker sjukvård och få blir inlagda (a.a.). Kapur (2005) påtalar att självskadebeteende är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusinläggning i Storbritannien. Enligt Jeffery och Warm (2002) har psykiatriker och vårdpersonal sämre förståelse för personer med självskadebeteende än psykologer och socialarbetare. Resultatet visar att det finns behov av att öka medvetenhet och förståelse av självskadebeteende bland framförallt psykiatriker och vårdpersonal så remiss och behandlingsprocess blir mer riktat mot individens behov. McCann, Clark, McConnachie och Harvey (2005) visar i sin studie att utbildning omkring självskadebeteende påverkar till en positiv attityd hos vårdpersonal för dessa patienter.

Upplevelse av självskadebeteende

Johansson (2010) beskriver självskadebeteende som något som görs för att få uppmärksamhet, bli sedd. Personerna uttrycker ofta en känsla av ensamhet och känner sig isolerade. De lever ständigt med en rädsla att vara ensam trots att det finns folk omkring dem. Att skada sig själv blir en strategi för att orka hantera stress och psykisk smärta (a.a.). McAndrew och Warne (2014) beskriver i en studie att självskadebeteendet blir en självbevarelsedrift för att hantera livet/livssituationen. Clark och Henslin (2007) förklarar att individer som skadar sig själva upplever beteendet som otroligt, kraftigt och ett berusande sätt att hantera en känsla, psykisk smärta eller spänning med direkt resultat. De får en omedelbar lättnad från sitt emotionella tumult när de skär eller bränner sig. De anser att den smärta de tillfogar sig avleder från den emotionella smärtan eller omständigheter som de inte vill konfrontera. De upplever beteendet som ett sätt att göra sin osynliga smärta synlig. Kroppen används som en anslagstavla, vilket betyder ett sätt att kommunicera sina ohörbara skrik (a.a.).

Johansson (2010) förmedlar följande upplevelser från personer med självskadebeteende: Det är svårt att prata om hur ”jag mår” och då blir skärandet ett substitut för att prata. Någonstans måste ”trycket” lättas, personen kan inte längre stänga inne känslor och då blir självskadebeteendet en identitet. De uttrycker också en känsla av att inte passa in, ingen ser mig, en känsla av utanförskap. Flera av dessa patienter uttrycker också en känsla av att vårdpersonal har en attityd av att vara säker på att de kan detta och vet hur personen är, verkar inte finnas någon förståelse för patientens känsla. Fel diagnos sätts i vissa fall och personalen uttrycker ”vi kan sådana som dig” och en upplevelse av underläge infinner sig (a.a.). I utredningen ”Vad vet vi om flickor som skär sig?” refereras Favazza som menar att en person som lider av självskadebeteende är upptagen av tanken att skada sig själv och klarar inte av att stå emot impulsen att skada sig själv. En inre spänning släpper när personen t.ex. skär sig. Det ger en lättnad och en känsla av välbefinnande uppkommer (Socialstyrelsen 2004).

I Bris studie om psykisk ohälsa (2012) uttrycker ungdomar att de känner sig deprimerade, lider av ångest, stress, sömnstörningar och de känner sig ensamma. De har svårt att berätta för någon om hur de mår. De uttrycker stor oro, de har tankar om att livet inte är värt att leva.

De signalerar till omgivningen att de inte mår bra, ibland genom att tillfoga sig själv skada men omgivningen uppfattar inte signalerna eller i alla fall reagerar de inte (a.a.).

Livsvärld

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver livsvärlden som ett sätt där vi förstår oss själva och den är unik och personlig för varje individ. Vårdandet börjar från livsvärlden och att hälsokraften kommer därifrån. Det handlar också om ett sätt att förstå allt annat i världen och kan uttryckas som den hållning vi närmar oss till oss själva, allt och alla runt omkring oss. De menar vidare att ett vårdande som inte förstår eller inte klarar av att möta livsvärlden är inget verkligt vårdande (a.a.).

Lidande

Lidande och välbefinnande är en del av varje enskild människa. Lidandet är kopplat till personens upplevelse av den situation personen lever i och vilken mening personen ser i det som sker. Lidandet är unikt för varje enskild person och kan beskrivas som ett hot, en känsla av att inte ha kontroll eller som en kränkning. Det går inte att lindra allt lidande. För omvårdnaden är det viktigt att kunna lindra det som går att lindra och att inte orsaka mer lidande. Om lidande skall kunna lindras måste vårdpersonal bekräfta patientens lidande. Om personalen är närvarande, tillgänglig i varje möte underlättas patientens möjlighet att försonas med lidandet och förstår sin situation på annat sätt vilket då leder till välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Wiklund Gustin och Bergbom (2012) refererar till Eriksson att lidandet utgör en del av allt mänskligt liv. Lidandet är i sig självt alltigenom ont och utan mening men om människan tar sig igenom lidande kan det ge en mening både för sig själv och sitt liv (a.a.). Eriksson (1994) beskriver att lidandet i vården kan uppträda på tre olika sätt: *Sjukdomslidandet*-innefattar lidande som ett resultat på grund av smärta i kroppen, det vill säga kroppsligt lidande. Lidande på grund av upplevelse av förnedring, skam eller skuld relaterat till sjukdom eller behandling benämns andligt lidande. *Vårdlidande*-innebär kränkning av patientens värdighet, fördömelse, straff, maktutövning och utebliven vård. *Livslidande*-omfattar allt från att individens totala existens blir hotad till förlust av möjligheten att fullfölja olika sociala uppdrag. Det har att göra med allt som innefattas i att leva (a.a.).

Vårdlidande

Vårdlidande inträffar när vårdandet som erbjuds patienten inte kan stärka hälsoprocessen (Eriksson 1994). Vårdlidande förekommer många gånger på grund av bristande kunskap eller avsaknad av reflektion. Patienten kan känna sig maktlös, utestängd från att aktivt ta del av sin egen hälsoprocess och sitt eget vårdande särskilt när de inte förstår vad som händer. Vårdandet kan vara allt för mycket inriktat på att följa vissa rutiner och schema istället för varje patients behov och önskningar. Det kan också bero på att personalens behov kommer i fokus istället för patientens lidande. Halldorsdottir (1999) beskriver att vårdrelationer kan var livsgivande, livsförstörande eller livsneutrala. Det är vårdaren som har ansvaret att sörja för att vårdrelationen blir positiv och livsgivande och förhindra att vårdrelationen blir livsförstörande.

Vårdrelation

Begreppet relation kommer från det latinska ordet ”relatio” och det betyder att föra eller flytta tillbaka, att förhålla sig till något. Det är bara genom relation eller förhållande till något som det är möjligt att förstå och se mening. Förutsättningen för att ett förhållande ska kunna uppstå är att minst två fenomen har urskilts och samband mellan dem hittats (Anderaa 1995). Arnold (1999) menar att i en vårdrelation ingår kommunikation och kommunikationen är redskapet människor emellan och möjliggör för utbyte av uppfattningar och känslor. Sjuksköterskan kan etablera en relation inom vilken hen kan förmedla trygghet, uppfatta patientens behov, förebygga och lindra lidande genom kommunikation. Det kan användas både verbal och icke verbal kommunikation. Det är viktigt att sjuksköterskan i sin relation med patienten blir medveten om sitt eget uttryckssätt och samtidigt uppmärksam på vad patienten säger men även vad som uttrycks utöver det sagda (a.a.).

Etikforskaren Lützèn (2012) menar att ett relationsetiskt perspektiv behövs i mötet med personer med psykisk ohälsa. Det innebär att mellanmänskliga relationer sätts i fokus – där tänkande och reflektion alltid föregår handling. En fungerande relation kräver tillit och detta utvecklas med hjälp av god kommunikation. Tillitsfull relation bygger på ömsesidig respekt, ärlighet, kontinuitet och förtroende. Tillit främjas av att patienten får vara involverad i vården och får möjlighet att dela känslor och funderingar. När tilliten ökar möjliggör det ytterligare för patienten att våga öppna sig djupare (Sundeen, Wiscarz, Desalvo & Cohen 1989). Undeman (1999) menar att i en vårdrelation är det viktigt att visa empati. Det kan innebära att visa förståelse i ord, handling genom att uppfatta patientens känslor på ett objektivt sätt och inte vara dömande. Enligt Ekebergh i Wiklund Gustin och Bergbom (2012) uppstår en vårdrelation mellan patient och vårdare. I relationen finns förpliktelser både från patient och personal. Hur påverkas personal och patient av relationen? Enligt Berg och Hallberg (2000) känner sig patienten värdefull och respekterad när personal lyssnar och ger sig tid. Patienterna känner sig behandlade som unika individer.

Kasèn (2002) beskriver den vårdande relationen som en beröring ur vilken patientens berättelse kan ge uttryck till en individuell hälsosituation. Dahlberg och Segesten (2010) menar att det händer något med livssituationen när människan blir patient i sjukvården. Personen kommer utanför sitt livssammanhang, ur balans, känner inte igen sig. För att resultatet på vården ska få bästa resultat är delaktighet ett krav (a.a.). Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport (2009) beskriver att patientens egen medverkan spelar roll både för säkerhet och för att resultatet av vården ska bli bra. Personalen bör möta patienten där patienten är och ta sig tid, lyssna och ta till sig erfarenheterna från patienten. Både patienten och den professionella vårdaren har ansvar för patientens vård, båda är experter – men på olika sätt. Dahlberg och Segesten (2010) menar att det är patienten som är medelpunkten för vårdandet. Det är patienten som är expert på sig själv. Patienten har inte det professionella kunnandet som personalen har men det är bara personen själv som kan veta hur just han eller hon påverkas och känner upplevelsen av sjukdom. Det är inte vårdarens uppgift att producera eller skapa något för patienten utan personalen ska stödja och stärka det som finns hos patienten. Personalen ska ge så god vård som möjligt och alltid utgå ifrån patientperspektivet (a.a.).

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvård en god hälsa på lika villkor och vård skall ges med respekt för alla människors lika värde (SFS 1982:763 § 2). Den som söker vård skall få en medicinsk bedömning så snart som möjligt. Bemötande och behandling ska ske utifrån aktuell sjukdom eller dess symtom och inte efter personalens föreställningar om patientens identitet och livsval. Mötet med patienten har stor betydelse och innefattar allt som sker i kontakten mellan vårdpersonal och patient (Socialstyrelsen 2015). Overland (2000) skriver att forskning visat att självskadebeteende kan locka fram antiterapeutiska reaktioner hos personalen. Det har också framkommit att det kan finnas negativt förhållningssätt hos vårdpersonal mot beteendet. Det kan bero på att behandlaren kan känna sig överväldigad av sina egen känsla av att inte kunna hjälpa patienten. Det kan bero på rädsla, brist på erfarenhet eller kunskaper att hjälpa just dessa patienter. Dessutom kan det bero på behandlarens tvivel på att det den gör är riktigt (Karmen, Kool, Poslawsky & Meijel 2014). Idenfors, Kullgren och Salander (2015) menar att brist på erfarenhet om patientens problem, sjukhistoria kan leda till onödiga åtgärder och misslyckat vårdande. Det framkom i den intervjustudie av unga människors uppfattning av vård och stöd för personer med självskadebeteende som de gjort. Även följande resultat visades: att flexibilitet och mottaglighet till ungdomarnas egna synsätt och speciella behov i behandlingen är av avgörande betydelse. Praktisk hjälp är också betydelsefull och skall inte förbises (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Att skada sig själv beskrivs som ett sätt att hantera känslor och det kan ge uttryck på flera sätt. Självskadebeteende är ett växande problem, de senaste åren har detta beteende ökat hos ungdomar mellan 15-29 år. Problemet väcker många reaktioner och frågor hos omgivningen. Självskadebeteendet är ett beteende som många gånger är belastat med skuld och skam och det är bara individen själv som kan beskriva hur det känns att leva med beteendet och dennes upplevelse av bemötande från vårdpersonal. Hälso- och sjukvårdslagen beskriver att vården ska ske på lika villkor och detta betyder att varje individ ska bemötas med värdighet och respekt. Forskning har visat att det finns ett negativt synsätt hos vårdpersonal mot beteendet, självskadebeteende kan locka fram antiterapeutiska reaktioner hos personalen. Mötet mellan patient och personal är centralt i en vårdvetenskaplig utformad vård. Forskning har också visat att bristande kunskap om självskadebeteende hos vårdpersonal påverkar bemötandet och kan bidra till ett fortsatt självskadebeteende om den bakomliggande orsaken inte uppmärksammas. Med ökad kunskap om hur dessa patienters upplevelser av bemötande beskrivs är vår förhoppning att med denna studie minska lidande hos dessa patienter samt öka vårdpersonalens kompetens.

SYFTE

Att beskriva patienters upplevelser av vårdpersonalens bemötande vid självskadebeteende.

METOD

En litteraturstudie av självbiografier/biografier valdes för att beskriva patienters upplevelser av vårdpersonalens bemötande vid självskadebeteende. Analys av självbiografierna/biografierna gjordes med en kvalitativ ansats. Enligt Henricson (2012) avser en kvalitativ studie att studera personens upplevda erfarenheter av ett fenomen och det finns ingen absolut sanning eller fel i en upplevd erfarenhet.

Urval

Inklusionskriterier var självbiografier skrivna på svenska av personer med självskadebeteende eller biografier skrivna av närstående eller personer som intervjuat personer med självskadebeteende. Eftersom litteraturgenomgången inför denna studie har visat att självskadebeteendet har ökat under de senaste åren i åldersgruppen 15-29 år valdes den åldersgruppen (Socialstyrelsen 2013). Exklusionskriterier var facklitteratur och romaner.

Datainsamling

Sökning via google sökord: självbiografier, självskadebeteende:

http://www.sjalvskadebeteende.se/d_litteratur.html

Denna sökning resulterade i 13 titlar

Sökning via bibliotekskatalogen Högskolan Skövde sökord: självbiografier självskade-beteende:

http://mikromarc.his.se/Mikromarc/default.aspx?Unit=6471&language=SV

Denna sökning resulterade i två titlar, varav en samma som vid den första sökningen.

Ambitionen var att läsa självbiografier skrivna av både män och kvinnor med jämn fördelning men i denna sökning framkom majoritet av kvinnor. På grund av få träffar på självbiografier inkluderades även biografier skrivna av andra personer. Sammanlagt genererade sökningen 15 titlar. Efter genomgång av inklusions- och exklusionskriterier, blev resultatet sex titlar: tre självbiografier och tre biografier.

Analys

Metoden som valdes är en kvalitativ innehållsanalys som följer en induktiv ansats då analysen är gjord helt förutsättningslöst av texter som är baserade på människors berättelser av upplevelser i samband med vårdsituationer. Kan också uttryckas som Danielsson (2012) att analysen utgår från innehållet i texten.

Enligt Danielsson (2012) bör analysen inledas genom att läsa texterna flera gånger för att få en helhet och få en känsla för vad de handlar om. Båda författarna har läst självbiografierna upprepade gånger för att skapa en känsla för vad texterna handlar om. Relevanta delar som överensstämde med syftet markerades. En kvalitativ innehållsanalys innefattar flera steg: meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategorier och huvudkategorier. Först valdes meningsenheter ut, vilket innebar att söka efter ett antal meningar som svarade mot studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades vilket innebar att texten kortades ned utan att förvanska dess innebörd. Meningsenheterna kodades sedan, fick en ”etikett”. Koden blev till stöd för att förstå sammanhang. De kodade orden/meningarna sorterades efter likheter och skillnader. De sattes samman i underkategorier och flera underkategorier med liknande innehåll blev huvudkategorier (Danielsson 2012). Exempel på analysförfarandet ges i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel på de fem stegen i den kvalitativa innehållsanalysen

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Huvudkategori**
Personalen såg skadorna som det viktigaste utan att tänka på att patienterna gjorde detta för att de mådde dåligt	Personalen såg det yttre, ingen förståelse för orsak	Bristfällig förståelse	Bristfällig kunskap	Personalens förhållningssätt
Det syns i personalens ögon om de bryr sig. De har inte tröttnat på sitt jobb utan är engagerade och motiverade	Omtanke om mig som patient.	Ser individen	Bli sedd	Vårdrelationens betydelse

ETISKA ÖVERVÄGANDE

Dahlberg (2014) skriver att en viktig del av den vetenskapliga hållningen i en undersökning är att vara etiskt medveten. Henricson (2012) menar att en viktig del i forskningsetik vid examensarbete är att värna om människors lika värde, integritet och självbestämmande hos alla som är involverade. Detta skall genomsyra hela arbetet från början till slut. Stryhn

(2014) beskriver att forskningsetiska krav inom omvårdnadsområdet bygger på etiska grundläggande principer som de uttrycks i exempelvis FNs deklaration om mänskliga rättigheter och även Helsingforsdeklarationen. Respektera de medverkandes personliga integritet och värdighet samt skydda deras liv och säkerhet. De medverkande ska inte heller utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning (Stryhn, 2014; Vetenskapsrådet, 2002). Syftet med denna studie var att granska publicerade självbiografier/biografier, vilket betyder att författarna till biografierna själva valt att förmedla det som står skrivet.

RESULTAT

Analysen av självbiografierna och biografierna resulterade i två huvudkategorier samt underkategorier: De två huvudkategorierna handlar dels om personalens förhållningssätt till dessa patienter och dels om vilken betydelse vårdrelationen har för patientens upplevelse av vården och personalens bemötande. Resultatet visar på brister i personalens bemötande och att vårdprocessen tyngs av organisationen och dess regler. Det framkommer också att vårdrelationen har stor betydelse för tillfrisknande. En översikt av huvud-och underkategorier presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av studiens huvudkategorier och underkategorier

Huvud-kategori	**Personalens förhållningssätt**		**Vårdrelationens betydelse**				
Under kategori	Bristfällig kunskap och osäkerhet	Organi-sation och regler	Känsla av nedvärde-ring	Hotfull vård-upplevelse	Att inte bli tagen på allvar	Bli sedd	Lyhörd-het

Personalens förhållningssätt

Bristfällig kunskap och osäkerhet

Patienterna beskrev att personalen hade en underliggande vilja att hjälpa men upplevdes vara okunniga och saknade förmågan att uttrycka sig på ett omsorgsfullt och respektfullt sätt. Personalen menade att så här kan du inte göra, det måste du förstå, du kan eller ska inte skada dig själv. Det är ett oacceptabelt beteende.

> *Jag upplevde det som om de inte lyssnade och framförallt signalerade bemötandet att självskadorna vägde tyngre än mina ord. Jag lärde mig att kommunicera med såren och naturligtvis blev jag ännu mer misstolkad på det sättet* (Sofia Åkerman sid. 242).

Personalen verkade vara rädd för att säga fel saker och göra fel. De visste inte hur de skulle bemöta dessa patienter. Förståelsen för beteendet var bristfälligt hos personalen, patienten betraktades som besvärlig, manipulativ eller bara en som ville ha uppmärksamhet. Personalen såg skadorna som det viktigaste utan att tänka på att patienterna gjorde detta för att de mådde dåligt och beteendet var ett sätt att hantera måendet på. För personalen var det positivt att patienterna inte ”skadade sig”, eftersom de ville stärka den friska sidan hos patienterna men då blev det ett misslyckande för patienten som inte orkade stå emot självskadebeteendet.

Personalen upplevdes inte ha en stabil grund att stå på, ingen trygghet i sig själva eller sin yrkesroll. De utstrålade osäkerhet i omvårdnaden. Personalen skyllde på varandra. Ingen ville eller vågade ta ansvar. ”*Du tycker detta är roligt eller hur? Ni brukar tycka det ni tonåringar”* (Sofia Åkerman sid. 117). Läkarna kände sig uppgivna och visste inte vad de

skulle göra. Vilket de också talade om. ”*De pratar om att det finns andra lösningar men lägger inte fram några vilket antagligen beror på att de inte finns”* (Berny Pålsson sid. 177).

Personalen stod handfallen, de höll distans till patienterna. En del personal upplevdes som mindre lämpade att ta hand om patienterna eftersom de speglade en rädsla och var undvikande. De ville inte hjälpa, hade inte förmågan att lyssna eller visa empati. De upplevdes avståndstagande och patienterna kände sig utlämnade, övergivna och ensamma. Det framkom också att personalen ibland uppträdde som robotar, de kändes som iskalla varelser. En del utav personalen sa ingenting men i deras kroppsspråk tolkades mycket hat. Personalen kände igen mig när jag kom in till akuten, några gick fram och hälsade, skakade på huvudet och sa: *”Är du här nu igen…varför?* (Sofia Åkerman sid. 7).

Organisation och regler

Patienternas upplevelse i olika vårdsituationer var att struktur, rutiner och planering styrde över vården. Patienten upplevde att vården gavs mot patientens egen vilja som, blev fråntagen sin frihet, integritet och självbestämmande utan att någon förklarade och berättade varför det blev som det blev. Konsekvensen för denna upplevelse blev brist på delaktighet vilket stärkte känslan av maktlöshet över sin situation vilket medförde att patienten tappade motivationen och tron på sig själv. Inom slutenvården var det endast scheman och rutiner som skulle följas, fanns inget utrymme att gå utanför det som var förutbestämt. Klarade inte patienten det så blev det indragna förmåner eller extra vak. Ingen uppmuntran kom patienten till del då permissionen gått bra utan att patienten hade skadat sig. Personalen tog inte till vara de resurser som patienten faktiskt hade.

En av patienterna beskriver upplevelse av maktlöshet när hon inte fick vara kvar på den avdelning och med ”sin” personal på grund av att hennes föräldrar hade flyttat. Organisationen och rutinen var sådan att folkbokföringsadress styrde vilken avdelning patienten hänvisades till. Det gick inte att diskutera ett undantag, allt skulle vara enligt den rådande rutinen. Det fanns inget utrymme för flexibilitet och gå utanför ramarna. Nu fick hon flytta till en annan avdelning och fick börja om, lära känna ny personal och lokaler. Kontinuiteten försvann igen. Patienten upplevde att det hela kändes så otroligt onödigt. Patienten hade varit på avdelningen under en länge tid och hade skapat en bra relation med personalen där och hade påbörjat terapi. Det kändes dumt att krångla med en sådan grej, när patienten upplevde att allt ändå var på väg åt ”rätt håll.” Men det gick inte att ändra.

Personalen berättade för patienterna att de inte hade tid för dem, att det var för lite personal på avdelningen, det fanns inte tillräckligt med resurser att ta hand om de som behövde vård.

Flera patienter uttryckte att de kände sig behandlade som maskiner som var beroende av andra för att fungera. Personalen tog över och vad patienten tyckte, kände eller upplevde betydde ingenting eller togs inte till vara:

> *Jag kände mig som en rund boll nerpressad i ett fyrkantigt hål, som en människa behandlad som en maskin* (Sofia Åkerman sid. 241).
>
> *Personalen stämplar mig som patient, sätter diagnos utan att veta. Personalen förstår inte hur skrämmande min verklighet är* (Berny Pålsson sid. 193).

Upplevelsen utmynnade i en stor maktlöshet, frustration och hoppet försvann samt framtidstron avtog.

Vårdrelationens betydelse

Känsla av nedvärdering och kränkning

Patienterna upplevde negativa erfarenheter från sjukvården som förstärkte både instabilitet i tillvaron och de nedvärderande tankarna som infann sig hos patienten beskrevs som en känsla av att vara mindre värd än andra och det finns ingen hjälp eller hopp att få. En patient beskrev vården enligt följande:

> *Som patient hamnar jag i underläge, blir liten, förvandlas till yngre, osäkrare, trotsigare och omognare än jag i själva verket är. Jag tar på mig en roll och hamnar i beroendeställning på grund av personalens bemötande* (Sofia Åkerman sid. 95).

Upplevelsen av personalens bemötande var extra negativt. Det tycktes vila en stark känsla av rädsla och hopplöshet över självdestruktiva patienter. Personalen verkade inte veta hur patienten skulle behandlas. Så här beskrev en patient sin upplevelse:

> *Viss personal gav mig bara en blick och jag visste så väl vad den betydde. Att läsa folks ögon var vad jag gjorde bäst. Genom människors blickar såg jag direkt vad de tänkte och inom några sekunder visste jag min inställning. Trots att de försökte dölja sina förbjudna känslor bakom yrkesrollen kände jag att de tyckte att jag tog upp plats för dem som var sjuka på riktigt* (Sofia Åkerman sid. 7).

Patienterna beskrev bemötandet inom sluten vården som respektlöst, en absurd situation. De hade inget privatliv, kände sig värdelösa och vårdades i en kall, kylig miljö. De förtydligade bemötandet från vårdpersonalen som arrogant. Personalen pratade nedlåtande vilket bidrog till en känsla av förtryck och förnedring samt en känsla av att inte ha något värde, kände sig oviktig. Patienten blev reducerade till en sjukdom som bröt ned självkänslan. Personalen uttryckte: ”Vi kan inte lita på dig det är din sjukdom som talar.”

Upplevelsen av nedvärdering förstärktes ytterligare då patienten blev instängd inom sluten vård, en känsla av att leva utanför och inte existera längre och detta betraktades som ett helvete. En patient beskrev ett bemötande som absurt och kränkande då hon inte fick klä sig som hon ville. Det fanns regler på avdelningen som innebar att alla patienter med skärskador och sår på armarna skulle ha långärmade kläder på sig. Patienterna fick inte gå omkring och visa sina ärr. Anledningen var att det kunde väcka reaktioner från medpatienter och det uttrycktes en rädsla från personalens sida att det fanns risk att andra patienter då kunde göra liknande saker. Patienterna uttryckte en känsla av kränkande bemötande då patienten inte fick vara den person som den var utan fick ta på sig en roll, det kändes inte ärligt och patienten upplevde att de fick ta på sig en annan identitet. Personalen kallade patienterna för kroniker. En fråga som patienterna ställde sig var: Är det så de ser på oss? Det kändes så förnedrande. Patienterna beskrev en hel rad olika saker som de fick stå ut med: t ex. förolämpningar, personalen skrev saker i journalen som inte alls stämde, det var rena lögner,

det kändes som om personalen bara hittade på saker. Patienterna uppmärksammade olika beteenden hos personalen som följande citat beskrev:

> *Personalen höjer på ögonbrynen när de ser skärskadorna på armarna, men ingen ser eller lyssnar på mig. Ingen förstår…*(Berny Pålsson sid. 168).

De fick slåss mot fördomar. Patienterna beskrev beteendet hos personalen som om de speglade sina egna rädslor och fördomar. Sättet som personalen använde för att prata med patienterna signalerade att självskadebeteendet var skamfullt. Det gjorde att patienterna istället blev tysta och uppgivna. Det var ingen idè att försöka förklara.

Hotfull vårdupplevelse

En ytterligare beskrivning av bemötandet från vårdpersonal var en känsla av hot. Personalen använde det hotfulla beteendet för att få patienterna att skärpa sig, att göra som personalen hade bestämt var bäst för patienten. Patienten blev avklädd och nedbrottad under hot och tvång i vissa situationer. Följande hot framfördes till patienterna: *”Gör du inte detta så blir det bältessäng eller extravak. Ät annars tar jag fram slangen*”(Sofia Åkerman sid. 118).

Patienterna beskrev att personalen blev överväldigade av sina egna fördomar och trodde då att patienterna blev bättre av hot. Därför användes bara ord som hot, straff, isolering, nålar och slangar. Inga vänliga, uppmuntrande ord. Det fanns alltid en känsla av att vara iakttagen, patienterna kände sig alltid övervakade. Ett hot som upplevdes hemskt var ”behandlingsvaket” som var en skrämselmetod för svårbehandlade ”självskadare”. Skrämselmetoden upplevdes som ett hån mot patientens vilja och envishet. Skrämselmetoden innebar att patienten alltid skulle ha en personal vid sin sida hela tiden, hela dygnet runt. Patienten fick inte ha någon kontakt med omvärlden. Dagarna var inrutade i ett schema med olika aktiviteter som skulle utföras från morgon till kväll. Det innebar en maktkamp mellan patient och personal. Även hot om polisanmälan framfördes. Personalen uttryckte sig så här: *”Du hotar med att ta livet av dig men det gör du aldrig. Gör det då så har du i alla fall gjort något!”* (Berny Pålsson sid. 22).

En patient beskriver att efter att en rädsla infunnit sig efter hot om bältessäng och sond förlorades respekten för vårdpersonalen och ersattes med hämndlystnad och hat för allt de gjort med henne. Hon uttryckte ”*Jag visste att jag kunde besegra dem”* (Sofia Åkerman sid. 194). Det blev en ”sport” att försöka hitta på saker för att hämnas och patienten ville verkligen visa att minsann personalen ska få se.

Inte bli tagen på allvar

Patienten beskrev en känsla av att ingen lyssnade, ingen såg patienten som människa, ingen gav patienten stöd.

> *Jag som patient får inte vara delaktig, det bestämdes över mitt huvud vad som skulle hända och vad som behövde göras. Ingen visade mig respekt, jag kände mig övergiven. När jag berättade fick jag ingen hjälp, jag blev lämnad ensam* (Berny Pålsson sid. 61).

Byte av kontaktpersoner upplevdes som om patienten inte var viktig och upplevelsen av att inte bli tagen på allvar förstärktes. Hela tiden skulle allt berättas igen. Fanns ingen kontinuitet i personalstyrkan. Vid varje besök och händelse skulle hela historien upprepas och en genomgång om vad som hänt skulle detaljerat berättas ytterligare en gång. För patienten hade tillit och förtroende byggts upp till viss personal under en längre tid men då fanns de inte på plats längre. Förtroende och tillit byggs upp över tid och upplevelsen beskrevs som om ingen hjälp fanns att få. Patienten beskrev en känsla av att eftersom skadan är gjord av patienten själv, då får personen skylla sig själv och vården ges på ett annorlunda sätt på grund av detta. Personalen pratade med patienten som ett objekt och inte som en person.

I självbiografierna/biografierna framkom en stark känsla av maktlöshet i sin sjukdom och i den omvårdnad som gavs inom sjukvården. Patienterna beskrev att de blev fråntagna sitt eget ansvar för den egna vården och att de skulle mått mycket bättre om de fått känna förtroende och uppmuntran från personalens sida att göra sådant som de faktiskt klarade av. En patient menar: ”*Hur ska jag någonsin lära mig att flyga om inte vingarna får prövas med ett skyddsnät omkring sig?”* (Sofia Åkerman sid. 242). Patienten fick inte pröva, personalen var rädd att något skulle gå fel om de tillät detta.

Bli sedd

I berättelserna framkom också att några få personer i personalen visade empati och såg patienten genom att försöka förstå, vara med vid patientens sida som ett stöd.

> *Det syns i personalens ögon om de bryr sig. De har inte tröttnat på sitt jobb utan är engagerade och motiverade* (Berny Pålsson sid. 124).

De försökte inge mod och spred värme bara genom sitt sätt att vara och bemöta. De såg människan bakom patienten och upplevelsen blev att patienten hade ett värde. De såg inte de misslyckanden som gjordes utan uppmuntrade till att göra nya försök. De uppmuntrade de positiva sakerna som skedde. De coachade och hejade på. Patienten blev bekräftad.

Lyhördhet

En annan positiv aspekt som framkom i berättelserna var när personalen beskrevs som engagerade och omhändertagande. De var annorlunda, agerade alltid lugna, lyssnade. Det spelade ingen roll hur patienten uttryckte sig, kanske med hårda ord, skrik, slag eller annat så fanns denna personal ändå där för patienten. De försökte förstå och försökte inte tvinga patienten till att vara någon som den inte ville vara. En annan hade alltid tid, märkte när patienten mådde dåligt och lyssnade på patientens berättelse. När personalen fanns där och lyssnade på vad patienterna berättade blev det ett respektfullt bemötande. Patienten fick en chans att påverka den egna situationen och minskade risken för maktkamp mellan patient och personal.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna till denna studie valde att göra en litteraturstudie grundad på tre självbiografier och tre biografier. De söktes via sökorden: självbiografier och självskadebeteende. Sökning gjordes via google och bibliotekskatalogen Högskolan Skövde. För att besvara syftet valdes en kvalitativ innehållsanalys vilket innebar att studera personens upplevda erfarenheter (Henricson 2012). Författarna läste de valda böckerna flertalet gånger och analyserade texterna var för sig. Flera av de meningsbärande enheterna som valdes ut hade hög samstämmighet vilket betydde att upplevelsen från patienterna var klart och tydligt beskriven och uppfattades lika av båda författarna. Olika upplevelser och erfarenheter kan förekomma i flera kategorier, det finns en svårighet i tolkningen av beskrivna känslor och upplevelser, de går ini varandra.

Studiens trovärdighet är styrkt med citat tagna från självbiografierna, där författarna återger sina egna upplevelser. Vidare styrks trovärdigheten genom god samstämmighet i analysförfarandet då studiens författare upptäckt liknande meningsenheter. En etisk värdering har funnits med under arbetet då författarna har abstraherat texten utan att förvanska dess ursprungliga innehåll. Egen förförståelse, fördomar och värderingar har lagts undan genom diskussioner mellan författarna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ingår i begreppet trovärdighet även frågan om överförbarhet: kan resultatet över föras på andra patientgrupper? Där menar de att det är upp till läsaren själv att ta ställning till detta.

Ambitionen var att läsa självbiografier men på grund av få träffar valdes att även inkludera biografier. Ambitionen var också att ta med självbiografier/biografier skrivna av båda könen men i denna sökning hittades endast en biografi där en man intervjuas. Studien innehöll ett för litet urval för att kunna påvisa att det är skillnad i upplevelser av personalens bemötande hos kvinnor och män i vårdsituationer. Självbiografier/biografier valdes för att få fram patientens egen upplevelse och beskrivning av händelserna i vårdsituationer. Där har personer med självskadebeteende själva skrivit eller berättat det de vill framföra, förmedla och deras upplevelse kan inte motsägas.

I valet av metod var en viktig aspekt tidsplanen. Då tiden har varit begränsad blev valet litteraturstudie och inte intervjustudie. Skillnaden med intervjustudie i förhållande till litteraturstudie var att om intervjustudie hade valts kunde resultatet ha analyserats på ett djupare sätt genom att ställa följdfrågor och fördjupa sig mer i frågorna och upplevelsen med patienten framför sig. Författarna är väl medvetna om att vissa av biografierna är skrivna av närstående till personer med självskadebeteende och personer som intervjuat personer med självskadebeteende. I analysen har fokus lagts på beskrivningen av patienternas upplevelser.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att skapa kunskap och kännedom om patienters upplevelser av personalens bemötande vid självskadebeteende i samband med olika vårdsituationer.

Resultatet redovisas i två huvudkategorier där patienternas upplevelser beskrivs. Den första huvudkategorin handlar om personalens förhållningssätt. Där framkommer att personalens bemötande visar på bristfällig kunskap och osäkerhet hos personalen samt hur organisation och regler påverkar patienterna. Huvudkategori två beskriver vårdrelationens betydelse i patienternas upplevelser.

Resultatet i föreliggande studie beskriver att personalens förhållningssätt upplevdes innefatta bristfällig kunskap och osäkerhet. Det framkom också att patienternas upplevelser handlade om brist på respekt, förståelse och empati från personalen. Patienterna beskrev även hotfullt bemötande, kränkande och förolämpande behandling. Dessa resultat ligger i linje med de resultat som beskrivits i Nationellt kvalitetsdokumentet för psykiatrin (2015). Detta dokument har framställts av Nationella självskadeprojektet där ett behov av utbildningsinsatser för personal framkommit för att ta bort de brister som råder inom detta område. Rekommendationer för personal som arbetar inom psykiatrin är framtagna för att uppmärksamma vad som är viktigt att tänka på i bemötande av patienter med självskadebeteende.

Patienterna upplevde i denna studie att vårdpersonalen hade en underliggande vilja att hjälpa men saknade kunskap och förmåga att uttrycka sig på ett omsorgsfullt och respektfullt sätt och det kunde bidra till negativt förhållningssätt mot patienterna. Liknande fynd har Thompson, Powis och Carradice (2008) visat i sin studie att om vårdpersonal upplever en bristande kunskap i hantering av självskadebeteende kan det ge upphov till negativt förhållningssätt mot patienter med självskadebeteende. Det redovisar även Erikson och Åkerman (2012) i sin studie: personalens okunskap och brist på förståelse av självskadebeteende kan spegla sig genom bristande förmåga till dynamiskt förhållningssätt. Det bidrar till en negativt bemötande hos vårdpersonalen mot dessa patienter.

Dessutom uttryckte patienterna i denna studie att personalen saknade kunskap och det utmynnade i osäkert bemötande och negativt förhållningssätt. Karman, Kool, Poslawsky och Meijel (2014) visar i sin studie att vårdpersonal som har utbildning och kunskap om självskadebeteende har ett mer positivt förhållningssätt och bemötande mot patienter med självskadebeteende. De kunde behandla patienterna på ett bättre och mer omsorgsfullt sätt än personal utan utbildning. Personal utan utbildning är mer negativa i sitt förhållningssätt och har ett sämre bemötande. Studien visar på ett samband mellan kunskap och förhållningssätt hos vårdpersonal i relation till bemötandet av personer med självskadebeteende. För att bemöta dessa patienter på ett bättre sätt och för att vården ska bli främjande bör ökad kunskap och kompetens ges till vårdpersonal. Utbildning om självskadebeteende kan leda till ett bättre bemötande och ökad kvalitet i vården runt dessa patienter (a.a.).

Ett annat fynd i denna studie var att patienterna upplevde ett kränkande, hotfullt, respektlöst bemötande. Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson (2004) menar att inte få återge sina åsikter leder till att personer med självskadebeteende känner sig kränkta och förolämpade i mötet med vårdpersonal. Dahlberg, Drew och Nyström (2001) framhäver vikten av att vårdpersonal bör visa en sann vilja att lyssna, se och förstå den enskilda individen. Detta gör vårdpersonalen genom att anta ett kommunikativt förhållningssätt i mötet med dessa

patienter istället för att bli undvikande eller nedvärderande. Mellanmänskliga relationer sätts i fokus (Lützèn 2012).

I studiens resultat framkom att patienterna kände sig maktlösa, de blev fråntagna sin frihet vilket i sin tur medförde brist på delaktighet. Patienterna kände sig inte delaktiga i beslut omkring sin vård. Upplevelsen var att de fick vård mot sin egen vilja. De blev fråntagna frihet, integritet och självbestämmande utan att någon berättade varför det blev som det blev. Flera studier stödjer det resultatet, Gibbs, Beautrais och Surgenor (2010) visar på att brist på delaktighet i vården av personer med självskadebeteende föreligger då personalen upplever att det är en svår patientgrupp att arbeta med. Personalen upplevdes ha en predikande framtoning där de tenderade att tala runt patienten istället för med dem. Personalen tog ingen hänsyn till eller frågade om deras åsikter och önskningar angående deras vård (Sinclair & Green, 2005). Vidare framkom att patienterna upplevde att de blev fråntagna sitt eget ansvar för den egna vården. Patienterna beskrev att de skulle ha mått mycket bättre om de fått känna förtroende och uppmuntran från personalens sida att göra sådant som de klarade av, vilket hade främjat vårdprocessen. Walker (2009) beskriver att behovet av att få känna sig delaktig i beslutsfattandet kring sin vård är betydelsefull för personer med självskadebeteende och det stärker vårdprocessen. Hälso-och sjukvårdslagen menar att all vård ska ske utifrån aktuell sjukdom eller dess symtom och inte efter personalens föreställningar om patientens identitet eller livsval. Lagstiftarna menar att vården ska verka främjande för delaktighet och ska utformas i samråd med patienten (HSL 1982:763 § 2, § 2 a). Resultatet i föreliggande studie visar på motsatsförhållande relaterat till Hälso-och sjukvårdslagen där patienter med självskadebeteende har berättat att vården i stor utsträckning har styrts utifrån personal utan att göra patienten delaktig.

I studien framkommer att vårdrelationen påverkas negativt då tillitsbrist ger hämndlystnad och hat riktas mot vårdpersonal och detta kan leda till ännu mer psykiska ohälsa. Enligt Eriksson (1994) uppstår vårdlidande när vården inte erbjuds på ett sådant sätt att hälsoprocessen stärks. Tillit, kommunikation (verbal och icke verbal) vänlighet och förtröstan är viktigt i en vårdrelation. En fungerande vårdrelation kräver tillit och detta utvecklas med hjälp av god kommunikation. Vårdpersonal kan i en fungerande vårdrelation förmedla trygghet, uppfatta patientens behov, förebygga och lindra lidande genom kommunikation. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har vårdaren skyldighet att inhämta den bästa kunskapen inom ramen för att vara en professionell yrkesutövare för att kunna ge patienten en god vård. Personalen skall bemöta patienten på ett klokt sätt, för att patienten ska må så väl som möjligt i alla vårdsituationer.

Få positiva upplevelser av bemötandet i vårdsituationerna framkom i denna studie. Varför beskrev författarna till berättelserna så få positiva aspekter? Är det de negativa upplevelserna som känns mest angelägna att förmedla för att visa personal vad som är viktigt att tänka på när dessa patienter hamnar i vårdapparaten. Perselius (2006) menar i sin studie att de flesta patienter med självskadebeteende är personlighetsstörda. De har ett djupt självhat och detta gör dem sårbara och ständigt sökande efter förståelse hos vårdpersonal. Om vårdpersonalen inte förstår dem är risken stor att de tolkas negativt och detta kan ge upphov till ännu mer självskadebeteende. (a.a.). Kanske är det de negativa upplevelserna som patienterna kommer ihåg? Perselius (2012) beskriver att personer med emotionell instabilitet är en grupp där de

blivit mest kända för sitt självskadebeteende. I en avhandling han gjort visar det sig att dessa personer gör en ”sorlig karriär” som ”vårdvärstingar”. Personerna menar att de av personalen bemöts som ”psyk-fall” och då kan de lika gärna se till att omgivningen fruktar dem och vårdrelationen sätts på prov. (a.a.).

Fortsatt forskning

De lästa berättelserna är skrivna eller berättade av personer med egna erfarenheter av att vara patient och som blivit hjälpta bort ifrån sitt självskadebeteende. Självbiografierna/biografierna är berättade, författade och dokumenterade efter sjukdomsperioden när personerna blivit fria från sitt självskadebeteende. Skulle känslan och upplevelsen av bemötandet från personalen varit annorlunda om författarna dokumenterade i samband med vårdsituationen? Intressant att utforska den frågan i en fortsatt forskning i detta ämne. I studien har majoriteten av självbiografierna/biografierna skrivits/berättats av kvinnor. Hade resultatet blivit annorlunda om fler manliga författare funnits med i urvalet? Ytterligare en intressant fråga att forska vidare omkring. Det skulle vara intressant att utforska vidare varför det är just de negativa synpunkterna som är framträdande och dominerar självbiografierna/biografierna?

Slutsatser

Patienter med självskadebeteende har många negativa upplevelser av bemötandet hos vårdpersonalen och det påverkar tillfrisknandet. Det framkommer att personalens förhållningssätt är betydelsefull för vårdrelationen. Om patienterna hade blivit bekräftade, blivit sedda och lyssnade på, då skulle vården upplevts på ett mera positivt sätt. Om personalen har kunskap om självskadebeteende och bemötandeaspekter kan vården förändras. Personalen får ökad förståelse för beteendet och individen bakom den ärrade fasaden.

Kliniska implikationer

Resultatet visar att vårdpersonal saknar kunskap och förståelse för självskadebeteende. Med ökad kunskap genom riktade utbildningsinsatser till vårdpersonal borde patienternas upplevelser bli mera positiva omkring vården och ge en positiv effekt i vårdprocessen.

REFERENSER

* markerade böcker är de självbiografier/biografier som ingick i analysen.

Aanderaa, I. (1995). *Patient-och sjuksköterskealliansen- en ömsesidig påverkan.* Lund: Studentlitteratur.

*Allaskog, C. & Åkesson, A. (2013). *Ibland finns det inga enkla svar.* Föreningen SHEDO/Ego Nova. Hämtad 16 april 2015 från: www.egonova.se/products-page/bocker/ibland-finns-det-inga-enkla-svar

Arnold, E. (1999). *Developing therapeutic communication skills in the Nurse-Client relationship. In: Arnold, E., Underman Boggs, K., editors., Interpersonal relationships-professional communication skills for nurses. 3rd ed.* Philadelphia: W. B. Saunders company.

Berg. A. & Hallberg, I. R. (2000). Psychiatric nurses lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*(4), 323-333.

Bris. (2012). *Se hela mig.* Hämtad 16 april 2015 från http://www.bris.se/upload/Articles/Rapport_hela mig-webb-ensidig.pdf.

Clark, J. & Henslin, E. (2007). *Inside A cutters Mind: understanding and Haelping Those Who Self-Injure*: Colorado Springs

Dahlberg, K. (2014). *Hälsa & Vårdande.* Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research.* Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red). (2012) *Vetenskaplig teori och metod från idè till examination inom omvårdnad.* (sid. 329-342). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan.* Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, T. & Åkerman, S. (2012). *Patienters upplevelse av vården för självskadebeteende.* Hämtad 20 oktober 2015 http://nationellasjalvskadeprojektet.se

*Engvall, C. (2011). *Skamfläck.* Stockholm: Kalla kulor förlag.

*Ersson Eriksson, A. (2007). *Skuld, skam och rakblad.* Luleå: E-net.

Gibb, S., Beautrais, A. & Surgenor, L. (2010). Health-care staff attitude towards self-harm patients. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 44*(8), 713-720.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112.

Halldorsdottir, S. (1999). Suffering-Reflection-Caring. *International Journal For Human Caring, 3*(2), 15-20.

Henriksson, M. (red). (2012). *Vetenskaplig teori och metod från idè till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Idenfors, H., Kullgren, G. & Salander Renberg, E. (2015). Professional care after deliberate self-harm: a qualitive study of young people`s experiences. *Patient Prefer Adherence,* 9, 199-207.

Jeffery, D. & Warm, A. (2002). A study of service providers`understanding of self-harm. *Journal of mental Health, 11*(3), 295-303.

Johansson, A. (2010). *Självskada En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande.* Umeå: Bokförlaget h:strom-Text & Kultur.

Kapur, N. (2005). Management of self-Harm in Adults: Which way? *British Journal of Psychiatry, 187*(6), 497-499.

Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E & van Meijel, B. (2014). Nurses Attitudes Towards Self-Harm: A literature Review, *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing, 22*(1), 65-75.

Kasèn, A. (2002) *Den vårdande relationen.* Doktorsavhandling, Åbo akademi, Vasa.

Lindgren, B. M., Wilstrand, C., Gilje, F. & Olofson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish woman who self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(3), 284-291.

Lützèn, K. (2012). Ett relationsetiskt synsätt i mötet med närstående till personer med psykisk ohälsa. I Syrèn, S. & Lützèn. K. (red). (2012). *Att leva med psykisk ohälsa – ett närståendeperspektiv.* Lund: Studentlitteratur.

McAndrew, S. & Warne, T. (2014). Hearing the voice of young people who self-harm: Implications for service providers. *International Journal of mental health Nursing, 23*(6), 570-579.

McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2005). Accident and emergency nurses attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing, 14*(1), 4-10.

Nationella självskadeprojektet. (2015). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende.* Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Hämtad 7 juni 2015 från http://www.skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/sjalvskador.233.html

Overland, S. (2000). *A Bright red scream. Self mutilation and the language of pain.* Virago. Press.

Perseius, K-I. (2012). *Att tämja en vulkan Om emotionell instabilitet och självskadebeteende.* Lund: Studentlitteratur.

Perseius, K-I. (2006). Borderline Personality Disorder: studies of suffering, quality of life and dialectical behavioural therapy. *Karolinska Institutet, Deartment of clinical Neuroscience, Psychiatry Section. S – 171 76* Stockholm: Sweden.

*Pålsson, B. (2004). *Vingklippt ängel.* Stockholm: Forum.

SFS 1982:763. *Hälso -och -sjukvårdslag.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 16 april 2015 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/svenskforfattningssamling/Halso--ochsjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Sinclair, J. & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self-harm: Qualitative interview study of patients experiences. *British Medical journal (international edition,) 330*(7500), 1112-1115.

Socialstyrelsen. (2004). Vad vet vi om flickor som skär sig? Hämtad 16 april 2015 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-123-41_200412341.pdf

Socialstyrelsen. (2013). Psykisk ohälsa bland unga. Hämtad 16 april 2015 från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-43.

Socialstyrelsens publikationsservice, artnr. 2015-1-5 *Att mötas i hälso - och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor.* www.socialstyrelsen.se/publikationer

Socialstyrelsen (2009) Hälso-och sjukvårdsrapport. Artikelnr 2009-126-72, www.socialstyrelsen.se.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2004). *Unga som skadar sig själva. En belysning av forskningsläget.* Stockholm: Edita Skriftserie 2004:1.

Stryhn, H. (2014). *Etik och Omvårdnad* Lund: Studentlitteratur.

Sundeen, S. J., Wiscarz Stuart, G., DeSalvo Rankin, E. & Cohen, S.A. (1989). *Nurse*-client *interaction-implementering the nursing process.4 th ed.* ST Louis: The C: V. Mosby company.

Svensk sjuksköterskeförening (2012). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm.

Thompson, A., Powis, J. & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses Experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International journal of mental Health Nursing, 17*(3), 153-161.

Underman Boggs, K. (1999). *Bridges and barriers in the therapeutic relationship in: Arnold, E., Underman Boggs, K., editors, Interpersonal relationships-professional communication skills for nurses. 3dr ed.* Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Walker, T. (2009). Eeing beyond the battled body-an insight into selfhood and identity from women`s account who self-harm with a diagnosis of borderline personality disorder. *Counselling & psychotherapy Research, 9*(2), 122-128.

Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

*Åkerman, S. (2009). *För att överleva* om *självskadebeteende.* Stockholm: Natur & Kultur.

*Åkerman, S. (2014). *Zebraflickan.* Västerås: Författarhuset.

Bilaga 1

Beskrivning av självbiografier/biografier.

Skuld, skam och rakblad. Författare: Agnetha Ersson Eriksson

En mammas berättelse om hur hela familjen påverkas av en dotter som har självskadebeteende. Hur anhöriga får kämpa, inte bli involverade och känner sig utlämnade.

Skamfläck. Författare: Caroline Engvall

En skakande berättelse om tre ungdomar (Nadja, Jocke och Sandra) som börjar sälja sex och förstöra sin kropp för att försöka låta ångesten i själen pysa ut…..

För att överleva – om självskadebeteende. Författare: Sofia Åkerman

En bok som fyller ett stort behov av kunskap från ett inifrånperspektiv. Boken är skriven ur ett personligt perspektiv eftersom författaren själv levt med självskadebeteende i många år under tonårstiden. Patienterfarenheter, teori och praktiska råd varvas med varandra.

Zebraflickan. Författare: Sofia Åkerman

En verklighetsskildring som fångar läsaren. Boken skildrar en tonårsflickas kamp för att frigöra sig från självskadebeteende. Boken handlar om hennes tankar, rädsla och skam över sig själv.

Vingklippt ängel. Författare: Benny Pålsson

En självbiografi där läsaren får följa en ung flickas liv på olika behandlingshem och sjukhus med vaga och varierande diagnoser av psykisk sjukdom. Boken lämnar inte läsaren oberörd. Hon hittar föräldrarnas medicinskåp, lär sig missbruka och att missbrukas, droger, mediciner, alkohol, sex. Det finns inget tillfälle där hon försummar sig själv. Efter självmordsförsök och utredningar men får inge nämnvärd hjälp. Hon dras till rakbladen och lindringen genom den. Att skära djupa sår i armarna och se blodet sippra fram, först då tystnar demonernas skratt för en kort stund. Men Berny är inte ensam, hon har hittat sin änglafamilj där alla har missbrukat och använt droger. De älskar varandra och ska tillsammans ta sig igenom detta…….

Ibland finns inga enkla svar Föreningen Shedos bok. Författare: Conny Allaskog och Anna Åkesson

En bok om självskadebeteende, ätstörningar och psykisk ohälsa. Femton personer intervjuas, sex personer som själva lidit av dessa problem, fyra anhöriga och fem personer som i sitt yrke kommit i kontakt med problematiken.