



HÖGSKOLAN VÄST

Intuitionen för hälsovetenskap

Se mig, hör mig

- En litteraturbaserad studie som beskriver hur patienter med självskadebeteende upplever mötet med sjuksköterskan

Cecilia Lönnehag

Madeleine Samuelsson

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap / Högskolan Väst
Vårterminen 2016

Titel	Se mig, hör mig – En litteraturbaserad studie som beskriver hur patienter med självskadebeteende upplever mötet med sjuksköterskan See me, hear me – a literature-based study that describes patients' experiences of encounter with the nurse.
Författare	Cecilia Lönnehag Madeleine Samuelsson
Handledare	Ann-Britt Engström
Examinator	Håkan Nunstedt
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2016
Antal sidor	29

Abstract

Background Self-harm is used to describe a group of diseases where the persons intention is to hurt themselves. This collective name includes conditions such as anorexia, burning, poisoning and self-cutting. The act of self-harm is almost never related to the patients' wish of death, it's more of a tool for the person to calm herself. Previous research shows that nurses often see these patients as troublesome often because of a lack of knowledge. There's just a few studies that examine the patients' views.

Aim The aim of this study was to describe how patients with self-harm was experiencing the meeting with the nurse.

Method The study was designed as a literature based study based on 12 qualitative articles. All articles are read and analyzed by Friberg (2012) model with the analysis of qualitative research.

Results The result of this study showed that the nurse plays a big part in how the patients experienced their treatment. If the patient feels that the nurse doesn't see, hear or respect her, the patient starts to feel that she is not worth health care. For the patient to feel and get better it's essential that there is a functional relationship between the patient and the nurse.

Conclusion Patients who self-harm is a difficult patientgroup to treat if there is a lack of knowledge. But these patients are dependent on the care that the nurse is providing them. Therefore a caring and trusting relationship is a must to provide high quality care.

Keywords: cutting, encounters, patients' perspective, self-harm, young adults.

Populärvetenskaplig sammanfattning

Denna studie belyser hur patienter med självskadebeteende upplever mötet med sjuksköterskan. Sjuksköterskan har en stor uppgift och pålitlig inverkan på hur mötet kommer att bli. Det finns bra möten och det finns mindre bra möten. Sjuksköterskan behöver visa respekt och empati så att patienterna får en tillit till dem och uppsöker vård för sina skador samt kan vända den onda cirkel de hamnat i.

När vi bestämde oss för att skriva om patienter med självskadebeteende startade sökningen av de vetenskapliga artiklarna. När vi hittade samtliga artiklar valde vi att använda 12 stycken för att läsa, granska och analysera för att sedan skriva denna uppsats som resulterade i att självskadebeteende är ett vanligt fenomen som många människor vet om att det finns samtidigt som många inte vet vad det innebär och vad en ska göra. Det vi har kommit fram till i vår studie är att det finns det goda mötet och det onda mötet. Det onda mötet är vanligare där sjuksköterskan ser ner på patienten med tankar som att patienten får skylla sig själv och har man skadat sig själv så får man ta hand om sina egna skador. Detta är inte bra för patienter med självskadebeteende och kan leda till att självskadorna ökar. Det finns också det goda mötet som behöver lyftas fram. Där sjuksköterskan gör patienten delaktig i planering av vården, uppmuntrar patienten att prata om sina problem och de blir sedda som människor med lika mycket värde. Sjuksköterskor och människor i allmänhet behöver få mer kunskap om ämnet då det är ett vanligt förekommande problem. Personer med självskadebeteende vill bli behandlade som vanligt folk när de söker vård. Sjuksköterskan behöver vara lyhörda och finnas till för patienten.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	2
Självskadebeteende	2
Patientens rättigheter	3
Tidigare forskning	3
Tidigare forskning om sjuksköterskans perspektiv	4
Förekomst och skillnad mellan kvinnor och män	5
Förekomst i Sverige	5
Bakomliggande orsaker, riskfaktorer och triggers	6
Behandling	7
Teoretisk utgångspunkt	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Litteratursökning	10
Urval	11
Inklusionskriterier	11
Exklusionskriterier	11
Dataanalys	11
Resultat	12
Det positiva mötet	13
Det negativa mötet	17
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Patientens känslor	24
När patienten inte blir sedd	25
Slutsatser	26
Praktiska implikationer	27
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	28
Referenser	30

Bilagor

Bilaga I. Sökhistorik

Bilaga II. Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III. Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Självskadebeteende är ett problem världen över och många som skadar sig själva söker inte alltid vård. Det uppges från en undersökning gjord 2009 att en miljon människor världen över årligen begår suicid och att det är cirka 10-100 gånger fler som skadar sig själva (Sandy, 2013).

Förekomsten av självskadebeteende hos ungdomar och unga vuxna har ökat det senaste årtiondet och är ett stort hälsoproblem i dagens samhälle (Landstedt & Gillander Gådin, 2011). För att kunna hjälpa dessa patienter och förebygga beteendet behövs mer forskning på området.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport från 2004 att "självskadebeteende bland unga måste ses som ett allvarligt symtom och därför tas på största allvar torde ändå vara en självklarhet" (Socialstyrelsen, 2004, s.38).

Trots att självskadebeteende anses vara ett växande problem, är det fortfarande ett ämne som är tabubelagt, ofta är det ett dolt problem som många saknar kunskap om (Landstedt & Gillander Gådin, 2011). Synen på självskadebeteende som ett avvikande och oacceptabelt beteende i samhället, bidrar till en känsla av skuld och skam hos dessa patienter (Burton, 2014). Som blivande sjuksköterskor är det viktigt med kunskap om detta beteende och hur sjuksköterskan kan möta dessa patienter på bästa sätt (Landstedt & Gillander Gådin, 2011).

I hälso- och sjukvården upplever en del sjuksköterskor att personer som har ett synligt självskadebeteende vill ha uppmärksamhet och att dessa patienter uppfattas som manipulativa (Sandy, 2013). Vissa studier pekar på att vårdpersonalen har uppfattningen att patienter med självskadebeteende är "attention seekers" (Burton, 2014). Så kan ibland vara fallet, men det är viktigt att minnas att de flesta av de som visar ett självskadebeteende aldrig söker vård. Självskadebeteende är ett beteende som många sjuksköterskor missförstår och inte ser att det finns en bakomliggande orsak. Ofta anser sjuksköterskor att patienter med självskadebeteende får skylla sig själva, vilket vi anser tyder på oförståelse och okunskap (Sandy, 2013).

Inom sjuksköterskans kompetensområde ligger det att kunna bemöta och visa empati för att ge en god omvårdnad. Det står även att sjuksköterskan ska visa patienterna omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet (Högskolan Väst, 2016). Eftersom tidigare forskning visar att sjuksköterskor ofta menar att patienter med självskadebeteende får skylla sig själva,

menar vi tyder på oförståelse och okunskap hos sjuksköterskorna. Därför anser vi att detta är ett viktigt problem att lyfta fram och uppmärksamma.

Bakgrund

Självskaðebeteende

För att kunna studera upplevelsen av ett fenomen som självskaðebeteende, måste vi först definiera vad fenomenet innebär.

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) är oftast inte kopplat till en önskan om suicid, utan snarare kopplat till personens önskan att minska sin stressnivå (Wilkinson, 2012). Självskaðehandlingen fungerar som ett verktyg för att straffa sig själv, eller ett instrument för att signalera ett rop på hjälp. Enligt Wilkinson (2012) är "self cutting" (hudskärning) det vanligaste självskaðebeteendet.

En självskaðehandling kan inkludera: förgiftning, skärning, överdrivet alkoholintag, bruk av olagliga droger och att bränna eller slå sig själv (Burton, 2014).

Socialstyrelsen (2013) definierar självskaðebeteende som en handling med syftet att skada den egna kroppen, där det slutliga målet kan vara suicid. Men det kan också vara ett sätt att hantera ångest eller användas som ett rop på hjälp. Även Arkins, Tyrrell, Herlihy och Crowley (2013) definierar självskaðebeteende som en handling där personen uttrycker känsla av att vara i nöd. I Socialstyrelsens rapport från 2004 skriver de att hudskärning och förgiftning är de vanligaste självskaðehandlingarna.

Deliberate self-harm (DSH), innebär avsiktlig självskaðebeteende som oberoende av meningen med handlingen förgiftar sig själv eller skadar sig (Wheatley & Austin-Payne, 2009).

I denna studie definieras självskaðebeteende som hudskärning, utan avsikten att begå suicid. Detta för att denna patientgrupp är den vanligaste vad gäller patienter med självskaðebeteende.

Patientens rättigheter

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:736) 2§ är målet för vård en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Denna vård ska bedrivas med respekt för alla människors lika värde och för den individuella människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska vara lättillgänglig för patienten som behöver vård samt tillfredsställa patientens behov och säkerhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2 b§ ska även patienten få nödvändig information. Detta och mer ska uppnås för att vården ska anses vara god. I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2005:12), beskrivs att ledningssystemet ansvarar för att rutiner finns för att säkerställa att patientens värdighet och integritet respekteras av vårdpersonalen. Därutöver ska patienten visas respekt, oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, etnicitet, sexuell läggning med mera. Det anges även att patienten ska kunna informeras och göras delaktig i vården och behandlingen, såvida detta inte strider mot någon annan lag (SOSFS 2005:12).

Tidigare forskning

Undersökningar har visat att självskadebeteende har ökat under åren, vilket har resulterat i högre medvetenhet och oro angående detta problem (Landstedt & Gillander Gådin, 2011). Självskadebeteende är vanligare hos kvinnor än hos män och hudskärning samt slag mot kroppen den vanligaste metoden (Socialstyrelsen, 2004). Svensk forskning från 2009 (Landstedt & Gillander Gådin, 2011) visar att mellan åren 1991-2002 vårdades 0.8% av männen och 1.8% av kvinnorna i Sveriges befolkning för självskadebeteende. I en dansk studie från 2010 visade resultatet att 22.1% av flickorna och 4.8% av pojkarna från en gymnasieskola, hade någon gång utfört en självskada. I en studie som genomfördes i Norge 2003 (Bjärehed & Lundh, 2008), visade att 16-åringarna i befolkningen förekom självskadebeteende hos 10.2% av flickorna och 3.1% pojkarna.

Det finns studier som undersökt huruvida familjeförhållanden kan påverka den unga vuxna och vara orsak till självskadebeteende och beskrivs att det är vanligare med självskadebeteende i familjer där det finns en ensamstående förälder. Det finns också studier som motsätter sig detta resultat och som visar att självskadebeteende är lika vanligt oavsett om det finns en eller två föräldrar i familjen (Landstedt & Gillander Gådin, 2011).

Landstedt och Gillander Gådin (2011) utgår från tidigare studier där det framkommer en koppling mellan psykisk ohälsa i familjen och självskadebeteende. Mindre kunskap finns om

de kontextuella riskfaktorerna, så som våldsamma upplevelser och skolrelaterade faktorer. Det finns forskning som visar att en bakgrund med sexuella övergrepp, att ha blivit utsatt för mobbning och fysiskt våld är riskfaktorer för att utveckla ett självskadebeteende (Landstedt & Gillander Gådin, 2011). Det finns även studier som påvisar att mindre än 13 % av de som uttalat att de utfört en självskada sedan söker vård för sina skador (Bjärehed & Lundh, 2008).

Landstedt och Gillander Gådin (2011) menar att det behövs än mer samhällsbaserad forskning kring detta område och inte bara forskning baserad på psykiatriska patienter. Även Bjärehed och Lundh (2008) uttrycker att forskningen är bristfällig och bör fortskrida på grund av att självskadebeteende är ett ökande samhällsproblem och ett orosmoment hos vårdpersonalen. Mer forskning behövs då det inte går att tolka resultaten exakt, då det inte framkommer i studierna vad kriterierna har varit för att uppfylla vad forskarna tolkar som en självskada eller självskadebeteende och att detta då kan ha sett annorlunda ut. Detta bör fastställas och nya studier bör göras för att bekräfta resultaten (Bjärehed & Lundh, 2008).

Tidigare forskning om sjuksköterskans perspektiv

Enligt en studie gjord i Australien finns inga riktlinjer att tillgå på sjukhusen för att veta hur sjuksköterskorna skulle möta patienter med självskadebeteende (Slaven & Kisely, 2002). Samma studie visar att sjuksköterskorna ofta har en negativ bild av patienter med självskadebeteende vilket kan tolkas av patienterna som fientlighet, vilket mycket väl kan leda till en önskan hos patienten att skada sig igen. Sjuksköterskorna i studien uttryckte att avsaknaden av riktlinjer gjorde det svårt för dem att veta hur de skulle möta patienter med självskadebeteende och att detta ledde till känslor av frustration och hjälplöshet. Flera sjuksköterskor i studien beskriver att de hade dåligt självförtroende vad gällde att hantera dessa patienter, vilket ledde till att sjuksköterskorna undvek patienterna (Slaven & Kisely, 2002).

Sjuksköterskan känner sig ofta ambivalent, hjälplös och frustrerad vid vård av patienter med självskadebeteende (McAllister, Creedy, Moyle & Farrugia, 2002; Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson, 2007). Trots att dessa patienter kommer till sjukhuset som följd av en självskadehandling kan det hända att personalen låter patienten vänta på hjälp (McAllister et al., 2002), visa uppenbara uttryck av frustration, ilska, rädsla och misslyckas med att visa empati och respekt för patienten (McAllister et al., 2002; Wilstrand et al., 2007). Drygt 50 % av slumpmässigt valda sjuksköterskor till en studie rapporterar motvilja att arbeta med patienter

som skadar sig själva (Wheatley & Austin-Payne, 2009). Som ett resultat av detta distanserar sig sjuksköterskan från dessa patienter och har intrycket att dessa patienter är manipulativa och går inte att vårda (McAllister et al., 2002). Varför sjuksköterskorna tycker detta är olika, de flesta upplever att det är för att patienterna är krävande, oförsämnda, aggressiva eller provocerande. Stress och tidsbrist är något som kan påverka negativt och detta kan leda till svårighet att ta hand om patienten. För en säkrare och mer effektiv vård krävs det att sjuksköterskan är närvarande både fysiskt mentalt och socialt, ser patienten, lär känna patienten och förstår dennes problem, bakgrund och erfarenheter (Berhin, Lundgren & Theodoridis, 2014)

Förekomst och skillnad mellan kvinnor och män

Själskadebeteende börjar för många i tidig ålder. Enligt Storey, Hueey, Jowitt, Owens och House (2005) studie börjar flickor i genomsnitt vid 14 år och pojkar vid 15 år att skada sig själva.

Enligt Wilkinson (2013) är förekomsten av självskaadebeteende signifikant högre hos kvinnor än hos män. Även Wheatley och Austin-Payne (2009) menar att självskaadebeteende är vanligast bland kvinnor i åldern mellan 15 och 19 år. Hos unga som är inlagda på en psykiatrisk slutenvårdsenhet i England utan specifik diagnos har studien visat att 61 % skadar sig själva. På 78 kliniker i England har 30 % ungdomar som avsiktligt har skadat sig själva medan de varit inlagda. Det är skillnad på vårdpersonalens attityder till självskaadebeteende beroende på om sjuksköterskan är man eller kvinna. Manlig vårdpersonal anses ha en mer negativ och irriterande attityd än kvinnlig vårdpersonal (Wheatley & Austin-Payne, 2009).

Förekomst i Sverige

Socialstyrelsens rapport (2004) visar att minst 1 % av alla flickor i Sverige i åldrarna 13-18 år har skadat sig själva minst en gång genom skärning. Vidare skriver Socialstyrelsen att antalet personer med självskaadebeteende har ökat bland unga i Sverige. Dock finns det ingen exakt siffra på hur många de är som lider av självskaadebeteende, då den största delen av personer som skadar sig själva är de som inte söker sig till någon vårdinstans varpå siffror och statistik kan vara missledande (Åkerman, 2009). Det finns inte heller någon statistik över om det är under tonårsperioden som självskaadebeteendet sker eller om detta beteende fortsätter längre upp i åldern (Socialstyrelsen 2004).

Det finns en svensk samhällsbaserad undersökning, gjord av Bjärehed och Lundh (2008) som visar att 40.2% av 14-åriga studenter svarade att de hade utfört en självskada. I en studie från 2007 där en grupp 15-åringar undersöktes påvisar resultatet att 65.9% av de som deltog i studien hade vid minst ett tillfälle utfört en självskada och 41.5% hade skadat sig själva mer än en gång (Bjärehed & Lundh, 2008).

Undersökningar visar att personer som vårdas på sjukhus för självskaadebeteende i Sverige har minskat under åren, dock inte hos de unga. Statistik visar även att det är kvinnor och män mellan åldrarna 15-24 år som är vanligast förekommande för inläggningar för vård på sjukhus på grund av självskaadebeteende (Socialstyrelsen, 2013). I rapporten från Socialstyrelsen (2004) redovisas hur antalet personer med självskaadebeteende sett ut under åren 1991-2011. År 1991 var det cirka 155 per 100 000 kvinnor i åldern 15-24 år som vårdades på sjukhus för självskaadebeteende. Rapporten visar även hur antalet ökar över åren och år 2011 var det cirka 275 kvinnor per 100 000 i åldern 15-24 år som vårdades på sjukhus för självskaadebeteende. I samma rapport syns även en ökning hos männen i samma ålder, dock inte lika signifikant som hos kvinnorna. Kvinnor är dubbelt representerade till antalet i jämförelse med männen (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt Socialstyrelsens årsrapport (2013) har, trots försämringen av den psykiska ohälsan i Sverige sedan 90-talet, en minskning skett i antalet inläggningar av unga kvinnor med självskaadebeteende som orsak till inläggningen. Det är endast de allvarigare fallen som resulterar i inläggning på sjukhus, och bland dessa är förgiftning den vanligaste orsaken till inläggningen.

Bakomliggande orsaker, riskfaktorer och triggers

Självskaadebeteende är ett tecken på en allvarlig känsla av nöd och känslomässig stress (Burton, 2014). Socialstyrelsen (2004) beskriver flera olika bakomliggande orsaker till självskaadebeteendet: kulturell inverkan, att ha blivit utsatt för trauma, maktlöshet, osäkerhet, social otrygghet, svårigheter med känsloreglering och lägre socioekonomisk status (Socialstyrelsen, 2004). Något annat som kan påverka kan vara om personen har en annan psykisk sjukdom eller livsstilsfaktorer som alkohol, rökning och användning av droger samt om det finns missbruk, problem och suicid i familjen. Självskaadebeteende är känslomässiga

störningar som skapas ur stressfyllda situationer (Burton, 2004). Självskadebeteendet kan ses som ett sätt för individen att känna tröst och att stå ut med situationen denne befinner sig i (Socialstyrelsen, 2004). Non Suicidal Self Injury (NSSI) fungerar som ett kortvarigt skydd mot stress, men har ofta långvariga negativa konsekvenser. Personer som lider av detta beteende, är medvetna om de negativa konsekvenserna när de upplever lugn och balans, men upplever det otroligt svårt att låta bli att använda sig av metoden när stressfulla situationer uppstår. Detta kan bero på den betingning som uppstått i tidigare situationer, där självstymning fungerat som en belöning i form av reducering av stress (Wilkinson, 2012). Självskada kan användas som självbestraffning efter en känsla av skuld och skam. Sjukdomar som till exempel depression kan leda till självskada (Christian & McCabe, 2011). Att skära sig kan upplevas som en befrielse eftersom hormonet endorfin släpps, vilket känns som en lättnad (Burton, 2004). Självskadebeteende är ett sätt att överleva, inte för att försöka ta sitt liv (Socialstyrelsen, 2004; Storey, Hueey, Jowitt, Owens & House, 2005).

Fysisk och psykisk misshandel samt en historia av att vara mobbad har visat sig vara riskfaktorer för att utveckla självskadebeteende. Det finns även riskfaktorer som legat närmare i tiden till självskadan, vilka kan ses som utlösande faktorer, så kallade triggers. Triggers, som utlöser handlingen självskada kan vara att personen haft ett stort bråk med någon som betyder mycket för hen, eller att till exempel få underkänt på ett prov (Arkins et al., 2013). Att använda sig av triggern som en bortförklaring för sitt beteende kan ses som ett verktyg för att försöka få bort det allvarliga i handlingen. Detta kan vara en fara för patienten och dessa handlingar får aldrig negligeras, varken av patienten eller av hälso- och sjukvårdspersonalen som möter patienten (Burton, 2014). Den största triggern för självskadebeteende hos kvinnor är en personlig konflikt (Arkins et al., 2013).

Behandling

Socialstyrelsen (2004) beskriver att det inte finns någon korrekt mall för behandling av självskadebeteende. Unga personer som har självskadebeteende berättar att de önskar att någon som förstår vad de gjorde, skulle reagera och engagera sig. Att sjuksköterskan skulle våga se de tecken som finns och ställa frågor till patienten om dennes självskadebeteende. Även om många som skadar sig själva är bra på att dölja detta vill de trots allt att någon vuxen person ska upptäcka det, förstå och bli omhändertagen. Att uppmärksamma beteendet tidigt underlättar behandlingen som ofta består av ett normalt stöd och omhändertagande. Det är viktigt att alla

barn och ungdomar blir sedda av vuxna och att de i sin tur visar intresse, försöker förstå och hjälpa till. Vuxna och hälso- och sjukvårdspersonal måste förstå att detta problem finns och att det kanske döljer sig bakom olika problem eller svårigheter. Att prata med en psykoterapeut kan vara bra av den orsaken att det är en utomstående som förstår sig på och är insatt i ämnet. Om en patient har någon annan psykisk sjukdom är det viktigt att grundsjukdomen behandlas. Socialstyrelsen (2004) efterlyser dock nyare och större studier på behandling av unga för att kunna få mer kunskap om detta problem.

Vid behandling av vuxna som skadar sig själva har en studie visat att en kortare tids kognitiv beteendeterapi varit bra (Socialstyrelsen, 2004). Antalet gånger av självskadebeteende minskade, så likaså minskade depression, av en manualbaserad kognitiv beteendeterapi. En annan studie visar att personer som behandlades i grupp använde sig av mindre hälso- och sjukvård, fungerade bättre i skolan och socialt i övrigt och de skadade sig själva färre gånger än de som var i kontrollgruppen. Vid självskadebeteende kan patienten använda sig av läkemedel, dock finns det ingen studie som visar på att ett visst läkemedel har effekt på just självskadebeteendet. Det finns läkemedelsstudier som visat viss effekt på vuxna, detta är med läkemedel som innehåller serotoninåterupptagshämmare (SSRI-preparat). SSRI-preparat har i de fall de undersökts minskat aggressiviteten, impulsiviteten och antalet självskadeincidenter. Svenska läkemedelsverket uppmanade våren 2004 försiktighet vid förskrivning av SSRI-preparat till barn och ungdomar eftersom patienten i början av behandlingen, innan läkemedlet ger önskad effekt, kan uppleva en försämring i sitt tillstånd. Tillståndet kan förvärras eller självmordsbenägenhet kan utlösas (Socialstyrelsen 2004).

Teoretisk utgångspunkt

Varje patient är unik och det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienterna med deras problem och även förstå problemet. Patienterna kan behöva hjälp med att få fram att de behöver hjälp och med vad. Detta kan vara svårt då patienten och sjuksköterskan inte känner varandra. De är främlingar första gången de möts då det kan vara svårt för patienten att lita på att sjuksköterskan kommer att hjälpa till. Ju oftare de möts och pratar, desto mer kan tilliten till sjuksköterskan öka. Patienten kan våga öppna upp och berätta om sitt problem (Orlando, 1990).

Sjuksköterskans reaktion i mötet är viktig då den visar hur sjuksköterskan förstår patienten. Sjuksköterskans tankar och handlingar spelar stor roll för hur mötet och behandlingen kommer

att bli då patienten känner sig i underläge och vill ha hjälp. Det är inte bara sjuksköterskan som påverkar patienterna utan all vårdpersonal. Dock har sjuksköterskan ansvaret för att vården blir genomförd på ett korrekt sätt. Mötet är viktigt av den orsaken att patienterna söker hjälp för att de inte klarar av sin situation själva. Det är viktigt att patienterna blir sedda och lyssnade på (Orlando, 1990).

För att hjälpa patienten bäst är det viktigt att observera, rapportera och dokumentera handlingarna. Det är också viktigt att förstå hur patienten känner sig och upplever situationen, det görs bäst i en dialog där sjuksköterskan inte ska vara rädd för att fråga. Sjuksköterskan ska finnas där och hjälpa till, dock inte göra allt, då patienten kan göra mycket själv och stärks i att göra något bra med stöd från någon annan (Orlando, 1990).

Problemformulering

Självskadebeteende är ett tabubelagt ämne men ett vanligt fenomen som förekommer världen över. Självskadebeteende är något som ökar, dock säger forskning att det inte finns någon exakt siffra på hur stort eller omfattande problemet är. Det finns ett stort mörkertal eftersom många inte uppsöker vård och därmed inte kommer med i statistiken. Tidigare forskning har fokuserat mycket på riskfaktorer, orsaker och skillnader mellan män och kvinnor samt på suicid och inte på självskadebeteende. Det behövs mer kunskap om patientens upplevelse av mötet med sjuksköterskan för att kunna förbättra vården för patienterna.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur patienter med självskadebeteende upplever mötet med sjuksköterskan.

Metod

Metoden som valdes till uppsatsen var en litteraturundersökning med grund i kvalitativ forskning. Kvalitativa studier valdes till analysen eftersom studiens syfte var att beskriva hur patienter med självskadebeteende upplever mötet med sjuksköterskan (Segersten, 2006). Den

insamlade informationen från de valda artiklarna analyserades med Fribergs (2012) analys av kvalitativ forskning.

Målet för kvalitativa studier är att få en ökad förståelse av det som ska undersökas, därför är kvalitativa studier bäst lämpade att använda för att bättre förstå en individs känsla, upplevelse och innebörden av fenomenet. För att kunna skapa en sammansatt kunskap av ett valt fenomen, i detta fall självskadebeteende, krävs det att samtliga artiklar som används handlar om samma sak. Som forskare i en kvalitativ studie är målet att förklara, tolka och beskriva en individs uttryck av upplevelse av verkligheten (Friberg, 2012; Polit & Beck, 2012).

Litteratursökning

Det är med hjälp av den inledande litteratursökningen som författaren får en översikt över området denne ämnar att studera. Den inledande litteratursökningen som gjordes till denna uppsats bidrog till att skapa en grund och informationen som erhöles hjälpte till att forma det kommande sökarbetet för uppsatsen, då den inledande litteratursökningens primära uppgift är att samla tillräcklig bakgrundsinformation för att kunna bygga vidare (Östlundh, 2012).

När den systematiska sökningen påbörjades upptäcktes att det skulle bli svårt att hitta artiklar som svarade mot syftet. Trots att det i rubrikerna stod om unga personers självskadebeteende handlade artiklarnas texter ofta om sjuksköterskans syn på beteendet, snarare än patientens upplevelser. Efter många sökningar med hjälp av olika sökord framkom ett fåtal artiklar som gick att använda till arbetet. Beslutet togs att söka efter review-artiklar som lyfte det som ämnades undersökas och gick till artiklarnas referenslistor och hittade artiklar därifrån. Efter överväganden beslöts det att utöka antal år i sökningen från 2006-2016 till 2000-2016 då det i de inledande sökningarna inte fanns tillräckligt många artiklar från de åren som passade syftet. Därefter valdes ett antal artiklar ut som svarade mot syftet, artiklarnas rubriker söktes i databaserna Cinahl, PubMed och ProQuest. De artiklar som inte var vetenskapligt godkända exkluderades. Till slut kvarstod 12 artiklar (bilaga I) som resultatet är baserat på, sju stycken från Cinahl, tre stycken från PubMed, en artikel från ProQuest och en artikel som hittades osystematiskt. Samtliga artiklar till resultatet granskades enligt mall från Högskolan Väst för kvalitetsgranskning (bilaga II.) Detta gjordes innan analysarbetet påbörjades. Det var sex artiklar som fick grad I, två stycken som fick grad II och fyra artiklar som fick grad III på kvalitetsgranskningen.

Sökorden som användes var: self-harm, qualitative, experiences, young adults, self-injure, self-injurious behaviour, patient perspective, care och experience*. Inga ämnesord användes då de inte stämde överens med vad som ämnades undersökas. Avgränsningarna som gjordes var peer-reviewed, scholarly journals och år 2000-2016.

Urval

Till uppsatsen togs beslutet om att använda kvalitativa artiklar som syftar till att beskriva fenomenet självskadebeteende och artiklar som syftar till att beskriva patienters upplevelser av sin situation i mötet med sjuksköterskan.

Inklusionskriterier

Sökningarna fokuserade på kvalitativa artiklar publicerade mellan år 2006 till 2016 för att fånga den aktuella forskningen. Artiklar skrivna på engelska och svenska som handlade om det valda fenomenet inkluderades. Inga begränsningar gjordes vad gällde genus eller ålder hos personer som skadar sig själva.

Exklusionskriterier

Artiklar där abstractet inte överensstämde med uppsatsens syfte exkluderades. Vetenskapliga artiklar som fokuserade på sjuksköterskans eller föräldrars upplevelser exkluderades. Även de artiklar som fokuserade på självskada hos personer med specifika diagnoser, exempelvis borderline som är en personlighetsstörning, exkluderades från sökningarna. När detta nämns i titeln, abstractet eller syftet, har de exkluderats och vetenskapliga artiklar som är på något annat språk än engelska och svenska.

Dataanalys

Arbetet startades genom att göra en inledande informationssökning, med avsikten att skapa en överblick för det tilltänkta forskningsområdet och för att utveckla förståelse för vart relevant information till arbetet kunde sökas fram. I början av sökprocessen valde författarna att söka brett, då den relevanta informationen som sökningen genererade i hjälper till att smalna av sökningarna så författarna lättare kunde komma åt kärnan av ämnet. Under sökprocessens gång ändrades sökorden, sökningarna ändrades och det experimenterades med olika sökfunktioner för att uppnå ett bra resultat (Östlundh, 2012).

Meningen med att analysera data är att organisera och få fram det viktiga från informationen (Polit & Beck, 2012). I den kvalitativa forskningen startar detta ofta redan vid insamling av data till forskningen. Till analysen användes Fribergs (2012) analysmodell för kvalitativ forskning. Artiklarna lästes gång på gång för att söka mening i texten och för att författarna skulle skapa sig en förståelse av det som sades i artiklarna. Sedan delades artiklarnas resultat upp, med avsikt att identifiera de centrala fynden i respektive resultat. Efter detta gjordes en sammanställning av varje studies resultat för att sedan kunna identifiera likheter och skillnader i de olika resultaten och relatera dem till varandra. Efter detta kunde huvudteman och subteman skapas (Friberg, 2012). Polit och Beck (2012) skriver att en tematisk analys upptäcker mönster, skillnader och likheter i texten och på så sätt kan flera olika teman och mönster hittas (Polit & Beck, 2012). Efter detta sorterade författarna de olika teman som framkommit och arbetade fram två huvudteman som de andra kunde falla in under som subteman.

Resultat

Genom analysprocessen framkom fram två huvudteman: det goda mötet och det onda mötet. Under temat det goda mötet framkom tre subteman: en känsla av tillit, bli sedd som människa och fungerande kommunikation. Under temat det onda mötet fann vi fyra subteman: inte bli sedd som människa, avsaknad av tillit, känsla av att inte räcka till och icke-fungerande kommunikation.

Personerna med självskadebeteende som ingått i studierna vi utgått ifrån, refererar vi till som patienterna i vårt resultat.

Tabell 1, innehåller huvudteman med respektive subteman.

Huvudteman	Subtema
Det positiva mötet	<ul style="list-style-type: none"> • En känsla av tillit • Att bli sedd som människa • En fungerande kommunikation
Det negativa mötet	<ul style="list-style-type: none"> • Att inte bli sedd som människa • Avsaknad av tillit • Känsla av att inte räcka till • Icke-fungerande kommunikation

Owen, Hansford, Sharkey och Ford (2016) konstaterade i sin studie att om patienten fick en positiv eller negativ upplevelse på sjukhuset mer kunde liknas vid vinstdragning i ett lotteri än medvetna handlingar från vårdpersonalen. Inget var exakt det samma varje gång, men minnena av de olika erfarenheterna fanns kvar. Några av patienterna poängterade att de hade viss förståelse för vårdpersonalens beteende, att det är bara människor och har sina egna problem att ta hand om som därför inte klarar av att hantera dessa patienter och deras självskadebeteende (Owens, Hansford, Sharkey & Ford, 2016).

Det positiva mötet

För att sjuksköterskorna ska kunna göra ett bra jobb och bemöta patienterna på bästa sätt måste det som patienterna anses som bra lyftas fram. För att patienterna ska kunna rehabiliteras och må bättre i sin tillvaro är det viktigt att de får den hjälp de behöver från sjukvården och ett bra bemötande så att de ber om hjälp nästa gång de behöver den.

En känsla av tillit

I studien av Schoppmann, Schröck, Schnepf och Büscher, (2007) belystes vikten av känslan av tillit mellan patienten och sjuksköterskan. För att tillit ska kunna skapas, är det viktigt att patienten känner sig respekterad av sjuksköterskan. Tillit är inte bara viktigt för den aktuella vården, utan den ligger även till grund för om patienter kommer känna tillit till vården i framtiden och söka hjälp samt acceptera hjälp om denne skulle behöva vård för självskada, eller någon annan skada. Patienterna i Schoppmann et al. (2007) beskrev hjälpfulla positiva situationer med sjuksköterskor som visat kunskap om patientens erfarenheter och varit respektfulla mot patientens kunskap och autonomi.

Många av patienterna i studien av Kool, Van Meijel och Bosman (2009) uttryckte en önskan om att ha en mellanmänsklig relation till andra människor. Patienterna menade att de kunde göra detta genom att prata med andra människor och genom att känna en fysisk beröring, exempelvis genom att hålla någons hand. De menade att genom att känna en kontakt till en annan människa, kunde de skapa och känna en bättre kontakt med sig. Patienterna uttryckte att de såg positivt på att möta en sjuksköterska de kände förtroende för och beskrev detta som någonting mycket viktigt för dem (Kool et al., 2009; Schoppmann et al., 2007). Enligt patienterna i Schoppmann et al. (2007) var detta viktigt om mötet eller vården skulle innehålla

någon form av fysisk beröring. Patienterna beskrev att vid de tillfällen de mötte någon sjuksköterska de inte hade starkt förtroende för, upplevde de stora svårigheter i att uttrycka sig eller tillåta den fysiska beröringen som behandlingen kanske krävde. Patienterna i Schoppmann et al., (2007) menade att de vid stressiga situationer tappade förmågan att kommunicera verbalt. Vid sådana tillfällen upplevde patienterna fysisk beröring som någonting positivt, så länge beröringen utstrålade värme och skydd. Även patienterna i Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson (2003) beskrev hur de vägrade fysisk beröring med sjuksköterskor de inte kände en koppling eller tillit till. Patienterna uttryckte även att genom att ”känna sig kopplad till sjuksköterskan” kunde de få en bättre kontakt med sig själva (Lindgren et al., 2003). Även patienterna i studien av Schoppmann et.al, (2007) beskrev hur fysisk beröring kunde hjälpa dem, om beröringen utstrålade värme och trygghet, men poängterade att detta inte fungerade mellan alla patienter och sjuksköterskor. Patienterna i denna studie markerade att det centrala i relationen och känslan av tillit mellan sjuksköterskan och patienten var avgörande för om beröringen hjälpte dem eller inte.

Vissa patienter menade att det faktum att om sjuksköterskan var en man eller kvinna kunde vara av betydelse för att de skulle känna tillit. Vissa kvinnliga patienter menade att de hade lättare att kunna uttrycka sig och skapa en känsla av tillit till en kvinnlig sjuksköterska till skillnad från en manlig sjuksköterska. Patienterna uttryckte även en positiv känsla av att få ha kontakt med samma sjuksköterska från första mötet, om detta varit ett bra möte (Balcombe, Phillips & Jones, 2011).

Att bli sedd som människa

Patienterna kände stor uppskattning när deras sjuksköterska utstrålade en känsla av förståelse (Schoppmann et al., 2007). Förståelsen handlade inte enbart om sjuksköterskans kunskaper om självskadebeteende, utan även om förståelse kring patientens upplevelser och känslor, samt förståelsen att varje patient är unik och bör behandlas därefter.

Schoppmann et al., (2007) belyste även hur sjuksköterskan kan kommunicera förståelse genom att finnas där för patienten, att bekräfta patientens känslor, att se patienten och finnas som ett stöd. Patienter med självskadebeteende beskrev sig ofta ha en negativ självbild och när dessa patienter kände sig sedda av sjuksköterskorna som en människa och inte som ett objekt, en sjukdom med symtom, bidrog det till att patienterna såg mer positivt på sig själva. När patienten kände sig sedd av sjuksköterskan som människa, kunde sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta

styrkor i sig själv och på detta sätt bygga upp dennes självkänsla (Kool, Meijel & Bosman, 2009; Lindgren, et al, 2003).

Patienterna i Owens et al. (2016) beskrev ett bra möte som ett möte där sjuksköterskorna visade en genuin vilja att förstå självskadebeteendet hos patienten, situationer där sjuksköterskorna visade en känslighet gentemot patienten. Några exempel som beskrevs är hur viktigt det kunde vara att fråga patienten om de kände sig bekväma när ett blodprov skulle tas. Även en detalj som att sjuksköterskan tog blodtrycket utan att tvinga patienten att rulla upp ärmarna och blotta sina ärrade armar, bidrog till en positiv känsla hos patienten. Patienterna poängterade att trots att de utövade självskada på sig själva, kunde de ändå vara rädda för nålar eller blodprov (Owens et al., 2016). Patienterna berättade vidare att de kände sig respekterade av de sjuksköterskor, som gjorde dem delaktiga i besluten kring sin egen vård och planering av vården samt tog deras problem på allvar (Lindgren et al., 2003).

Patienterna uttryckte att då sjuksköterskan visade respekt för deras problem ledde det till en känsla av att bli tagen på allvar (Kool, Van Meijel & Bosman, 2009). Att känna sig respekterad av sjuksköterskorna ledde också till att patienterna började känna sig som värdefulla människor, individer som är värda sin behandling (Lindgren et al., 2003)

Det var särskilt viktigt för patienterna att känna sig sedda på ett djupare plan av sjuksköterskan, för att de ska kunna skapa kontakt och tillit. Patienterna beskrev hur känslan att bli sedda av sjuksköterskan hjälpte dem att stärka sin självkänsla. Det var viktigt för dem att sjuksköterskan behandlade dem som människor med resurser, möjligheter, önskningar och behov, inte bara patienter med svårigheter eller problem. Detta kunde sjuksköterskorna visa genom att utstråla vänlighet, öppenhet och en vilja att ge av sin tid till patienten (Lindgren et al., 2003).

När patienterna träffade en sjuksköterska som de hade förtroende för, önskade de kunna fortsätta kontakten med denna sjuksköterska, även efter dem blivit myndiga (18 år) då de måste byta avdelning eller söka akutvård. De önskade också att ha mer kontakt med läkaren i allmänhet och med sjuksköterskor i perioder då de hade mer tankar på att skada sig själva. Patienterna uttryckte på detta sätt en önskan om kontinuitet med samma sjuksköterska genom hela vårdtiden (Idenfors, Kullgren & Salander Renberg, 2015).

En fungerande kommunikation

Patienterna i studien av Shoppmann et al. (2007) beskrev situationer där de upplevt att de tappat talförmågan på grund av den stundande situationen och därför inte kunnat kommunicera helt klart med sjuksköterskan. Några patienter berättade om hur de upplevde sjuksköterskor som räddat situationen och lugnat dem genom att visa att de fanns där för patienten utan att ställa obekväma frågor som de inte kunde svara på.

Idenfors et al. (2015) beskrev att patienterna i deras studie uttryckt en önskan om att ha en kontakt med en sjuksköterska som de hade förtroende för. Patienterna uttryckte att de ville bli lyssnade på, känna att de hade någon att prata med utan att bli dömda för det de hade gjort eller för det de berättade. Vissa patienter uttryckte att det var lättare att tala med vänner eller familjen och vissa patienter uttryckte en stark önskan om att få samtala med någon som varit med om liknande situationer, som kunde förstå vad de menade eller har gått igenom. De berättade att det ibland upplevdes som en chock för sjuksköterskan att höra om deras upplevelser eller tankar. Patienterna uttryckte även att de såg positivt på om de fick en påminnelse innan mötet skulle ske genom att sjuksköterskan ringde eller på annat sätt hörde av sig och visade att de fanns där som ett stöd för patienten (Idenfors et al., 2015).

Att ha någon att samtala med, ansåg patienterna vara en stor och viktig del i en fungerande behandling. Patienterna berättade om hur skönt det kunde kännas att prata med någon, utan att känna någon press på sig och slippa behöva undra över vad personen, i detta fall sjuksköterskan, tänkte på eller skulle reagera när de berättade om sina problem (Craig & Foster, 2009). Patienterna beskrev att det kändes skönt att känna att någon brydde sig om dem och lyssnade på dem. Det fanns även en önskan hos patienterna att ha någon att samtala med vid situationer där känslorna och begäret att skada sig blev för. Dessa patienter hade en önskan om att bli behandlade som och känna sig som normala människor (Baker, Wright & Hansen, 2013).

Patienterna i Lindgren et al. (2003) belyste vikten av att känna sig förstådda av vårdpersonalen. De berättade hur de kände detta när personalen frågade dem hur de mätte, när vårdpersonalen öppet talade om vad patienten gjort och varför de gjort detta, när vårdpersonalen undersökte orsakerna till självskadebeteende eller när de försökte finna andra sätt att uttrycka sig istället för att skada sig själva (Lindgren et al., 2003).

Craigien och Foster (2009) beskrev att patienterna ville att sjuksköterskan skulle vara positiv och lyssna respektfullt och aktivt på dem. Vara förstående istället för att döma. Studien visade att en personlig kontakt med sjuksköterskan där det var sjuksköterskan som tog fram och visade alternativen till behandling och sedan provade sig fram vilken som var den bästa behandlingen för just den personen gjorde det enklare att kommunicera (Craigien & Foster, 2009).

Det negativa mötet

Patienterna i studierna beskrev hur ett dåligt bemötande ofta resulterade i tre olika saker: att förstärka patientens känsla av skam; att patienterna undvek att söka vård för att slippa uppleva samma sak igen och en försämrad psykisk och fysisk hälsa. Ett sådant dåligt bemötande från sjuksköterskan slutade inte allt för sällan i att patienten skadade sig själv just för att dessa möten fick dem att må så dåligt (Owens, Hansford, Sharkey & Ford, 2016).

Avsaknad av tillit

I Idenfors et al. (2015) beskrevs att patienter höll inne på mycket information när det inte fanns en tillit till sjuksköterskan. De beskrev också upplevelser om hur svårt det kunde vara att kunna uttrycka sina känslor eller att samtala med sjuksköterskan och att de inte kunde tillåta fysisk beröring (Schoppmann et al., 2007). Några patienter upplevde att det var lätt för dem att ljuga och säga att de mätte bra för att slippa prata med den sjuksköterska som de inte kände att de hade någon relation med (Idenfors et al., 2015). De berättade även att om de kände att de saknade tillit till sjuksköterskan hade de inte bett om hjälp fast att de egentligen borde gjort detta (Schoppmann et al., 2007).

Patienterna beskrev hur de tappade förtroende för sig själva men också för andra när de inte fick den vård de behövde av sjuksköterskan. De beskrev hur de kände sig maktlösa och att det inte var någon idé att klaga på behandlingen och blev frustrerade över att ingen lyssnade på dem (Owens et al., 2016).

Patienterna upplevde att sjuksköterskan saknade kunskap om självskadabeteende, vilket de kände påverkade tilliten till sjuksköterskan. De uttryckte också att det inte var så att de som skadar sig själva vill dö och även om vissa skadar sig för att få tillkalla sig uppmärksamhet gäller inte detta alla (Burton, 2014).

Att inte bli sedd som människa

Patienterna i Owens et al. (2016) beskrev situationer där det fanns en maktproblematik i relationen mellan dem och sjuksköterskan där denna problematik orsakat lidande hos dem. De beskrev situationer där de förvägrats smärtstillande, där det angetts skäl som att de var de själva som var ansvariga för att ha orsakat sina skador och därmed smärtan.

En del patienter beskrev situationer där de kände att sjuksköterskan ”satt sig över dem”, att de fått höra att de var själviska som skadade sig och att de tog upp vårdtid från personer som förtjänade detta bättre (Owens et al., 2016). Patienterna upplevde också att sjuksköterskorna inte ville kännas vid problemet med självskadebeteende eller att sjuksköterskorna blev för överbeskyddande. Dessa former av bemötande från sjuksköterskan resulterade bara i en mer negativ självbild än den som patienterna hade från början (Huband & Tantam, 2004).

I Reece (2005) studie berättade en patient om en upplevelse då patienten känt sig ”påhoppad” av en sjuksköterska som skrikat och kritiserat patienten för dennes beteende. Patienten berättade vidare hur sjuksköterskans beteende ledde till att patienten greps av panik, miste förmågan att kommunicera och kände skam och skuld för sitt beteende. Det enda patienten ville var att få känna ömhet och tröst från sjuksköterskan men hela upplevelsen ledde till att patienten mådde ännu sämre än innan mötet och skadade sig återigen (Reece, 2005).

Patienterna i Lindgren et al. (2003) beskrev hur information som rörde behandlingen utelämnades och att det ofta hände att beslut togs utan deras vetskap och meddelades först i efterhand. De kände sig berövade sina rättigheter att vara delaktiga i planeringen av sin vård. Patienterna uttryckte känslor av att inte bli sedda av sjuksköterskan, att inte känna ett mänskligt värde och inte bli trodda på eller förstådda. Detta resulterade i att de kände sig försummade och inte tagna på allvar av sjuksköterskan. Några patienter beskrev upplevelsen av att sjuksköterskan behandlade dem som patienter med smittsamma sjukdomar och att deras självskadebeteende skulle vara smittsamt och kunde påverka andra människor i dess omgivning (Lindgren et al., 2003).

Patienterna upplevde att sjuksköterskorna de mötte såg dem som misslyckade människor (Smith, 2002). De kände att sjuksköterskan inte lyssnade på dem, inte brydde sig om och förstod dem. En patient beskrev att det kändes som att sjuksköterskan hade inställningen att hen inte var värd den vård hen fått och att hen hade sig själv att skylla för sina skador (Craig

& Foster, 2009). En patient uttryckte att sjuksköterskan egentligen inte ville behandla patienter som har skadat sig själva och undrade hur denna sjuksköterska skulle kunna behandla människor som skadade sig fysiskt, till exempel vid extrema sporter eller andra situationer som berodde på ett självförhållande beteende (Owens et al., 2016). Patienterna kände också att sjuksköterskan lade orden i munnen på dem så att de inte fick berätta själv med sina egna ord hur de kände och tänkte. Detta ledde till att patienterna tappade förtroendet och tilliten till att sjuksköterskorna tog hand om dem på bästa sätt (Craig & Foster, 2009).

Icke-fungerande kommunikation

Patienterna berättade om erfarenheter där sjuksköterskan hade visat dem att de fanns där om de vill prata, men inte om det patienterna helst skulle vilja tala om, vilket var sitt självskadebeteende. Patienterna uttryckte att de ville få frågor av sjuksköterskan om sitt beteende, de hade en önskan om att prata om det men på ett sätt som var öppet och inte fördömande. De ville inte att sjuksköterskan skulle klandra dem för vad de hade gjort (Reece, 2005). Patienterna beskrev även hur sjuksköterskorna inte hade tid att tala med dem, att de känt sig som en börda för sjuksköterskorna som tagit hand om dem (Smith, 2002).

Patienter beskrev vidare hur de kände sig utelämnade av sjuksköterskan och hur det kändes som att de inte fick all information de bad om och blev utelämnade och överkörda i beslutsfattande kring deras behandling. Patienterna ville ha mer information om sina behandlingar, vad som händer innan, under och efter en behandling eller kunskap om ett läkemedel (Idenfors et al., 2015). Patienterna berättade även att de vid utskrivning inte fick någon information om vidare hjälp (Owens et al., 2016). Patienter beskrev hur de upplevde att sjuksköterskorna behandlade dem som ”bråkiga barn” och att medicin som förskrevs var ett medel för att få tyst på dem, snarare än ett hjälpmedel för patienterna (Smith, 2002). Patienterna upplevde även att sjuksköterskan inte lyssnade på dem när de berättade om till exempel när en behandlingsform inte längre fungerade, att de måste övertyga sjuksköterskorna för att de skulle tro på dem (Huband & Tantam 2004).

Speciellt de yngre patienterna uttryckte ofta att de inte fick vara delaktiga i sin vård och kände sig utanför när hälso- och sjukvården tar kontakt med föräldrar eller lärare på skolan utan deras vetskap (Idenfors et al., 2015).

Schoppmann et al. (2007) lyfte problematiken med känslan av hjälplöshet hos patienterna och

som beskrev hur patienterna kunde tappa talförmågan i vissa situationer, där de kan varken kunde förklara vad som var fel eller hur de kände sig. Lindgren et al. (2003) beskrev situationer där patienterna upplevt att sjuksköterskan varit så stressad eller överöst med arbete så att hen inte hade någon tid över att ge till patienten.

En känsla av att inte räkna till

Patienterna upplevde en oro och ville inte vara ensamma, vilket ledde till att de blev rastlösa och i sin tur gjorde att de skadade sig själva igen (Schoppmann et al., 2007). Patienterna kände att de inte räckte till och att de misslyckades med mötena och behandlingen när de inte kunde sluta skada sig själva. De kände sig frustrerade och att de inte fick behandling som passade dem (Craig & Foster 2009). Patienterna uttryckte att när de hade för strikta regler och höga förväntningar från sjuksköterskorna bidrog detta till en känsla av en negativ behandling. De menade att de höga förväntningarna skapade en rädsla hos patienten att inte nå upp till dem. Denna rädsla visar sig inte allt för ofta som ilska och motstånd hos patienten (Kool et al., 2009).

Patienterna beskrev också upplevelser där sjuksköterskor fått dem att känna sig dömda, värdelösa, som maskiner inne för reparation, eller som ett objekt utan en själ (Lindgren et al., 2003). I dessa situationer kände patienterna sig inte bemötta som människor vilket fick dem att tvivla på sig själva och sin existens. När sjuksköterskan mötte patienterna som en diagnos och inte som en människa med symptom och förklarade patienternas beteende utifrån diagnosen kände patienterna sig förbisedda och missförstådda av sjuksköterskan. Detta ledde till en känsla av hopplöshet hos patienten, med tankesättet att sjuksköterskornas åsikt är orubblig och det är därmed ingen mening för patienten att försöka ändra denna (Lindgren et al., 2003).

Patienterna i Hume och Platt (2007) beskrev känslor av skuld och skam i mötet med sjuksköterskan. De uttryckte en ovilja att kontakta sjukvården och hjälpen som erbjudits patienterna, med anledningen att de uttryckte en känsla av hopplöshet. Vissa patienter belyste att de som patient hade vissa rättigheter när de upplevde att dessa blivit kränkta. Andra patienter berättade att de inte kände sig äga någon rättighet att klaga på den vård de fått, på grund av skuld-känslorna de hade för att de själva var ansvariga för att ha orsakat skadorna de vårdades för (Hume & Platt, 2007).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valdes till uppsatsen var litteraturstudie. Alternativet för att göra en undersökning med samma syfte hade varit att använda sig av en intervjustudie. Då hade intervjuer genomförts med personer som blivit behandlade för självskadebeteende. Dock fanns en tidsbegränsning på tio veckor för att utföra arbetet, vilket ansågs vara för kort med tid för att utföra en sådan studie.

Artiklarna som söktes fram skulle vara publicerade någon gång under de senaste tio åren, av anledning att författarna ville använda sig av aktuell forskning. Dock genererade inte sökningarna i tillräckligt antal artiklar som passade väl till syftet för att det skulle bli ett trovärdigt resultat, så sökningen fick utökas till artiklar publicerade mellan 2000-2016, vilket genererade fler artiklar till arbetet. Det finns en risk med att ha en begränsad tidsperiod, eftersom författarna kan missa ytterst relevanta artiklar på grund av att de ligger utanför vald tidsram. Från början var tanken att arbetet skulle fokusera på patienter med självskadebeteende som sökte vård via akutmottagningar. Detta visade sig vara svårt då de flesta studierna som undersökte patienters upplevelser av mötet med vården gjordes på olika avdelningar och mottagningar. Då utökades syftet till att undersöka hur patienter med självskadebeteende upplevde mötet med sjuksköterskan. Detta syfte visade sig också vara svårt att finna ny forskning till och åren i sökningarna fick utökas då de inte gav tillräckligt med artiklar som passade syftet för att det skulle bli ett bra resultat. Att ytterligare utvidga syftet, genom att exempelvis inkludera patienter med anorexia eller inläggning med förgiftning som orsak, hade gjort omfånget på arbetet för stort för att hantera inom de givna ramarna som fanns fastställda för arbetet. Ett alternativ för att undersöka hur dessa patienter möts av sjuksköterskan hade varit att göra sammans studie, fast utifrån sjuksköterskans perspektiv, vilket kunde framställas från mer ny forskning. Författarna valde därför att inte byta syfte, utan istället bibehålla syftet med att studera patienternas upplevelser.

Författarna valde även att exkludera artiklar som var skrivna på andra språk än svenska och engelska, av anledning att språket inte skulle behärskas på ett adekvat sätt vilket kan göra att texten misstolkas och att innebörden blir en annan (Polit & Beck, 2012). Detta kan ha resulterat i att relevant information kan ha missats. Samtliga artiklar som ingått i studiens resultat har varit skrivna på engelska, i och med det finns en risk att författarna har tolkat texten fel, då svenska är författarnas modersmål. För att förebygga feltolkning läste bägge författare samtliga

artiklar, diskuterade uppfattningarna de fått av texten, samt använde sig av ordböcker och Google Translate.

Anledningen till att det var svårt att finna aktuell litteratur till denna litteraturstudie kan bero på att intresset av att forska inom detta ämne och om dessa patienter varit litet. Det kan även bero på att författarna använt fel sökord eller databaser för att hitta denna typ av artiklar. Det som dock framkom av sökningarna var att det finns mer forskning att tillgå som riktar in sig på sjuksköterskans perspektiv av patienter med självskadebeteende och hur mötet med dem upplevs. Författarna har inte kunskap för att kunna uttala sig om varför det ser ut på detta vis.

Östlundh (2012) anser att urvalet kan underlättas om olika begränsningar används för att söka artiklarna, exempelvis sökord och specificera årtal. Genom att använda begränsningar och granska artiklarna (bilaga II) kan resultatet bli omfångsrikt och relevant vilket kan stärka resultatets trovärdighet (Östlundh, 2012). Samtliga artiklar som valdes ut till resultatet i studien granskades enligt en mall från Högskolan Väst (bilaga II) för att försäkra god kvalitet (Friberg, 2012). Detta gjordes innan analysarbetet påbörjades. Hälften av artiklarna fick grad I vilket är bra då de betyder att de har en hög trovärdighet. Fyra av artiklarna fick lägsta graden på kvalitetsgranskningen vilket är godkänt men som vi som författare till denna uppsats behöver tänka på och vara lite mer kritiska om det som står stämmer eller inte.

Arbetets analysprocess följde Fribergs (2012) metod för kvalitativa analyser, där tanken är att den helhet som framställs från artiklarnas resultat bryts ner för att sedan byggas upp och ihop till en ny helhet. Det är viktigt att författarna är neutrala under analysprocessen för att inte påverka resultatet och detta eftersträvades av författarna. Författarna har även varit noggranna med att bortse från tidigare upplevelser, uppfattningar och erfarenheter för att inte påverka studiens tillförlitlighet. Tillförlitligheten stärktes även genom att författarna bearbetade datamaterialet tillsammans, samt att författarna var likvärdigt delaktiga i framställandet av huvudteman och subteman (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

En styrka med uppsatsen är att de vetenskapliga artiklarna som användes till resultatet gjordes i olika delar av världen och var baserade på olika typer av samhällen. Sju av de vetenskapliga artiklarna kom från England, en från Holland, en från USA, en från Tyskland och två från

Sverige. Resultatet hade kunnat se annorlunda ut om författarna valt att begränsa sig till ett land eller en världsdel, eller om vi hade kunnat ta del av artiklar från utvecklingsländer, skrivna på andra språk och genomförda i andra kulturer än den västerländska. Samtliga artiklar som använts till studien har varit kvalitativa och därmed finns olikheter i utförandena av studierna. Data till de olika studierna har samlats in på skilda sätt, på olika sorters inrättningar och sjukhus, med varierande sorters frågor och forskare med skiftande tankesätt och därmed är de inte helt jämförbara med varandra.

Det är författarna av en text som formar förutsättningarna till huruvida ett resultat är överförbart, dock är det läsaren som avgör om det är överförbart eller inte (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Överförbarhet handlar om i vilken grad resultatet kan appliceras på andra studier och situationer eller inte (Polit & Beck, 2012). För att styrka överförbarheten har författarna till studien gjort en noggrann redogörelse för hur urval och analysprocessen genomförts i studien. Det är möjligt att om någon annan hade gjort samma undersökning på samma artiklar, hade andra teman framkommit under analysen på grund av hur texterna och artiklarnas resultat tolkas, vilket kan skilja sig mellan olika författare.

Genom arbetets gång, insamling av artiklarna, granskning av dem samt bearbetning av analysen har vi varit noga med att försäkra att patienternas identiteter inte ska avslöjas. Ingen av artiklarna har skrivit ut information så att någon utomstående ska kunna lista ut vem som kan ha varit informant i studien. Vi har även försäkrat oss om att författarna till de olika studierna som använts i vårt resultat, har haft en neutral och inte fördömande syn på patienter med självskadebeteende, då detta skulle kunnat påverka resultatet.

Då resultaten från de olika studierna ofta pekade på ett dåligt bemötande av sjuksköterskorna och patienterna beskrev situationer där sjuksköterskorna fått dem att känna sig värdelösa och inte värda vården. Vi har stannat upp i arbetet och diskuterat det vi läst för att skapa en gemensam förståelse över vad som framkommer av texten, för att undvika att låta våra egna känslor påverka resultatet.

Resultatdiskussion

Trots att artiklarna som valdes till litteraturstudien kom från olika delar av världen, med olika hälso- och sjukvårdssystem och olika samhällsvärderingar, har vi kunnat se samband och likheter i studiernas resultat. Dessa likheter av erfarenheter och upplevelser av patienter med självskadebeteendes möte med vården gav oss två underlag att diskutera resultatet utifrån.

Patientens känslor

I det huvudtemat med det positiva mötet framkom det att det finns bra möten där patienter med självskadebeteende känner att de är en människa som någon ser och som respekterar och som gör att de får hjälp utan att bli dömda av sjuksköterskan. Det är viktigt att ha en helhetsbild, att se hela människan inte bara förgiftningen eller skärsåren. Det är också viktigt att sjuksköterskan har en empatisk förmåga för att kunna ta hand om patienterna som man möter och finnas där för dem.

Det framkom av studierna att tillit till sjuksköterskan var viktigt för att det skulle bli ett gott möte och att detta bara var möjligt om patienten i sin tur kände sig respekterad av sjuksköterskan. Patienter med självskadebeteende har ofta en negativ självbild och om då sjuksköterskan möter dem med värme och respekt, bidrar det till en ökad positiv självbild hos patienterna. Genom att känna en koppling till en annan människa lär det dem att känna en starkare koppling till sig själva. När de kände sig sedda, hörda och bemötta som människor stärkte det patienternas självkänsla och hjälpte dem att finna styrkor inuti sig själva. Det var också viktigt för ett positivt möte att patienten kände sig delaktig i bestämmandet av sin egen vård, planeringen och utförandet.

Ett gott möte är inte bara viktigt för att vården ska bli bra. Resultatet visar även hur ett bra och positivt bemötande spelar in på om patienten kommer skada sig själv igen eller inte. Om mötet upplevs som dåligt kan konsekvensen bli att patienten känner en ökad känsla av skuld, att de inte söker vård nästa gång samt att patienten får en försämrad psykisk hälsa. Detta kan styrkas i annan litteratur där forskarna kommit fram till att ett bra första möte är ett verktyg för att minska risken för att patienten ska skada sig själv igen. Ett bra möte leder till att tilliten från patienten till sjuksköterskan skapas och på sätt blir det lättare för båda parter att prata om problemet men också att ta hand om hela personen, framför allt att lindra självskadan som är mest akut. Detta kan kräva beröring och den tillit som sjuksköterskan har fått från patienten

tillsammans med patientens medgivande och delaktighet kan sjuksköterskan utföra sitt jobb och patienten känner sig sedd och berörd (SFS 2014:821).

Orlandos (1990) omvårdnadsteori inriktar sig på att hjälpa patienter genom att förstå patientens problem med fokus på mötet mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan bör visa empati och föra dialogen då patienten kan ha svårt med att börja, på detta vis skapar sjuksköterskan en tillit som gör att behandlingen går bra och patienten känner sig sedd. Orlando (1990) skriver vidare att sjuksköterskans tankar och värderingar är viktiga att minnas och ha i åtanke. Med ett öppet sinne utan värderingar, vänlighet och en dialog med patienten kan upplevelsen av mötet bli positivt. Karman, Kool, Poslawsky och Meijel (2015) bekräftar Orlando (1990) med att det är viktigt att det är en positiv anda för att få en bra kontakt med patienter.

När patienten inte blir sedd

I huvudtemat det negativa mötet framkommer det att många patienter drar sig för att uppsöka vård på grund av att många har negativa upplevelser av vården och sjuksköterskorna som arbetar där.

I Sjuksköterskornas etiska kod (ICN, 2014) står att sjuksköterskan ska vara professionell, visa respekt, vara lyhörd, utstråla medkänsla, trovärdighet och integritet. Även i Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) står det skrivet att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge patienten en omsorgsfull och sakkunnig vård, att patienten ska vårdas med omtanke och respekt. Många patienter berättade om situationer där de kände sig överkörda, dömda, blivit berövade sina rättigheter, inte blivit sedda av sjuksköterskan och känt sig bortglömda. När dessa situationer uppstår leder det till en sämre självkänsla hos patienten och bidrar till en känsla av maktlöshet och hopplöshet hos patienten. Vissa patienter har uttryckt att de inte känner sig värdiga den vård de tar emot (McAndrew och Warne, 2005). Denna form av bemötande får patienten att ifrågasätta sig själv, sin egen existens och sitt eget värde som människa.

Som tidigare forskning visat är det inte ovanligt att patienter med självskadebeteende har upplevt traumatiska händelser som har utlöst ett självskadebeteende och att denna erfarenhet av trauma har blivit ett hinder för att patienten ska kunna känna tillit till andra (Baker, Wright & Hansen, 2013). Även när patienterna kände sig förbisedda och dömda blev konsekvensen att

de tappade förtroende och tillit till sjuksköterskan. När detta hände utelämnade patienterna information som kunde vara nödvändig och de hade svårt att uttrycka sig och anförtro sig till sjuksköterskan. Enligt Sjuksköterskans Etiska kod (ICN, 2014) är det sjuksköterskans ansvar att patienten erhåller korrekt och tillräcklig information. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och Orlando (1990) ska vården utformas och utföras i samråd med patienten. Flera patienter som ingått i studierna har berättat om situationer där de känt att de inte fått tillräcklig information av sjuksköterskan och har på så vis förvägrats att få ta del av vården. När patienterna inte fick information om vad som händer eller kommer att hända ökar oron, rädslan och ångesten (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009).

Patienterna vill bli behandlade som vanliga människor och inte för symtomen de är där för. Detta visar på att alla sjuksköterskor reagerar olika och har olika synsätt och värderingar. Målet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är att alla har rätt till lika vård. Risken vid ett bemötande som anses som dåligt och negativt är att patienten inte uppsöker vård eller att hen skadar sig igen eller trappar upp allvarlighetsgraden av skadan. Patienten önskar ha en djupare relation till sjuksköterskorna, att de ska bry sig om patienten och visa empati samt lyssna på patienten och inte döma dem (Taylor et al., 2009).

Studier visar att en negativ attityd mot patienter som har självskadebeteende är vanligt och att psykiatrisjuksköterskor har en mer positiv attityd mot självskadande patienter än allmänsjuksköterskor. Studien visar också att det behövs utbildning för alla sjuksköterskor samt stöd från kollegorna för att vården och mötet ska bli bra (Karman et al., 2015).

Orlando (1990) menar att om patienten får träffa samma sjuksköterska vid mötena, minskar det risken att patienten och sjuksköterskan blir främlingar för varandra. Patienterna har haft en önskan att få möta samma sjuksköterska, till viss del för att inte behöva berätta än en gång vad som har hänt. Som patient kan det vara jobbigt att öppna upp sig och anförtro sig till någon ny och behöva berätta händelsen flera gånger, detta kan göra att patienterna tappar hoppet om att få hjälp.

Slutsatser

Patienter med självskadebeteende har ibland speciella behov som kan vara svåra att tillfredsställas. Det är därför viktigt att sjuksköterskan som möter dessa patienter har kunskap

om tillståndet, om sjukdomar som kan vara associerade till tillståndet samt ha specifika färdigheter och övergripande kompetens för att kunna ge patienterna det stöd de behöver. När sjuksköterskan misslyckas med detta på grund av brist på förståelse, kan det resultera i ett försämrat allmäntillstånd (såväl den psykiska som fysiska hälsan) hos patienten som kan driva denne till att skada sig själv igen. Patienten önskar ha en relation till sjuksköterskan, på ett sådant plan att denne inte är rädd för att prata om sina handlingar, sina problem eller be om hjälp. Det är viktigt för patienten att känna sig sedd av sjuksköterskan och att känna att sjuksköterskan utstrålar värme och empati samt att patienten att kunna känna tillit till sjuksköterskan för att mötet och vården ska fungera på ett tillfredställande sätt. Det är därför av yttersta vikt att sjuksköterskan respekterar patienten och lyssnar till vad patienten har att säga, för att tillit ska kunna skapas och skapa positiva möten som leder till en god vård.

Praktiska implikationer

Resultatet beskriver många faktorer som är viktiga för sjuksköterskan att vara medveten om. Sjuksköterskan ska vårda när någon har skadat sig oavsett etnisk bakgrund, tidigare erfarenheter, händelser eller som i detta fall, personer som har skadat sig själva. Det är viktigt att sjuksköterskan respekterar patienten, dess integritet och värdighet. Det är också viktigt att sjuksköterskan har en helhetsbild av människan utan fördomar. Att lyssna på patienten och respektera hur patienten känner och vad de önskar och lyssna på patientens erfarenheter och kunskaper (ICN, 2014; Patientlagen 2014:821).

Den kunskap som framkommer av resultatet är av stor betydelse för samhället och sjukvårdspersonal att vara medvetna om, då det är många som har detta självskadande beteende och majoriteten inte söker vård. Detta innebär att vi som blivande sjuksköterskor kan komma att träffa dessa patienter ute i samhället eller på blivande arbetsplatser. Det är då viktigt att ha förkunskap om hur sjuksköterskan bäst ska möta dessa patienter för att inte framkalla känslor av ångest eller skam. Det är också av stor betydelse att veta hur patienterna med självskadebeteende upplever vården i och med att det är sjuksköterskans primära uppgift att hjälpa alla som söker vård (ICN, 2014).

Att få till ett bra möte med patienter är viktigt och är en stor utmaning i sjuksköterskans arbete. Av resultatet framkommer det hur stor påverkan sjuksköterskan har på patienter med självskadebeteende. Att dessa patienter har dålig självkänsla och därmed är känsligare för hur

de blir bemötta. Det är då ytterst viktigt som sjuksköterska att vara medveten om den makt och påverkansmöjlighet som finns och arbeta för att undvika att göra någon negativ inverkan hos patienten och bara göra en god och positiv inverkan som kan främja patienten och dennes behandling och rehabilitering.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Den kunskap som framkommer i resultatet är viktigt för sjuksköterskan att ha kännedom om när denne möter patienter med självskadebeteende i en vårdsituation. Kunskapen är användbar på många ställen inom vården där människor behandlas, psykiskt som fysiskt då dessa patienter har en synlig sjukdom som kan uppmärksammas även om de söker vård för någonting annat än sitt självskadebeteende. Självskadebeteende är ett svårt sjukdomstillstånd att behandla och trots detta läggs det inte tid i sjuksköterskornas utbildning att lära sig mer om detta. Det blir då svårt för nyexaminerade sjuksköterskor att möta dessa patienter på ett främjande sätt, då det inte finns några uttalade riktlinjer som vi som blivande allmänsjuksköterskor har tagit eller kan ta del av. Detta är någonting vi anser bör skapas mer kunskap om och det bör undervisas om i sjuksköterskeutbildningen i samma utsträckning som de andra psykiska sjukdomarna och tillstånden. Genom att skapa en bättre och djupare förståelse för patienter med självskadebeteende tidigare i sitt yrkesliv eller utbildning till sjuksköterska, anser vi att sjuksköterskan kan ge bättre vård till patienten.

Mer forskning behövs vad gäller patienter med självskadebeteende. Det behövs mer och nyare forskning då vi sett i våra sökningar att mycket av den forskning som finns är äldre än tio år gammal och det är mycket i samhället och världen som hinner ändras under dem åren. Människans livsstil förändras och nya läkemedel framställs. Mycket forskning som inriktar sig på fenomenet självskadebeteende undersöker bakgrunderna till beteendet samt hur sjuksköterskor upplever mötet med dessa patienter. Vi anser att det är av stor relevans att mer forskning bör fokuseras på hur dessa patienter upplever sitt tillstånd, mötet med vården samt hur många som faktiskt lider av självskadebeteende, vilket vi grundar i att många studier pekar på ett stort mörkertal.

Vi behöver mer kunskap om hur utvecklingen sett ut i världen genom åren, vad det är som ligger bakom ökningen av självskadebeteende, orsaken till varför det är mer kvinnor än män

som skadar sig själv, vilka varningssignaler som bör letas efter samt få mer praktisk kunskap och inte bara teoretisk. Denna kunskap är nödvändig för oss för att kunna få en bredare förståelse för fenomenet självskadebeteende.

Referenser

- Arkins, B., Tyrell, M., Herlihy, E. & Crowley, B. (2013). Assessing the reasons for deliberate self-harm in young people. *Mental Health Practice*, 16(7), 28-32 5p.
- Baker, A., Wright, K., & Hansen, E. (2013). A qualitative study exploring female patients' experiences of self-harm in a medium secure unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(9), 821-829 9p. doi:10.1111/jpm.12031
- Balcombe, L., Phillips, L., & Jones, J. (2011). Engagement with young people who self harm. *Mental Health Practice*, 15(2), 14-18 5p.
- Berhin, I., Lundgren, M., & Theodoridis, K. (2014). Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svårbemötta. *Vård i Norden*, 113 (34), 28–32.
- Bjärehed, J., & Lundh, L-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationships variables, and styles of emotional regulation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1(37), 26-37
- Burton, M. (2014). Self-harm: working with vulnerable adolescents. *Practice Nursing*, 25(5), 245-251 7p
- Christian, A. S., & McCabe, K. M. (2011). Coping style as a mediator of the relationship between depressive symptoms and deliberate self-harm. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(5), 272-279.
doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000083>
- Craigien, L M., & Foster, V. (2009). It was like a partnership of the two of us against the cutting. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 76-94
- Friberg, F. (2012). *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning*. I F. Friberg (Red.), Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (ss. 121-133). Lund: Studentlitteratur.
- Huband, N. & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of Pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(4), 413–428.
- Hume, M., & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health* 7(9) 1-9

- Högskolan Väst (2016). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska från Socialstyrelsen (2005-105-1)*. Arkiverad i avvaktan på ny version.
- Idenfors, H., Kullgren, G., & Salander Renberg, E. (2015). Professional Care as an Option Prior to Self-Harm: A Qualitative Study Exploring Young People's Experiences. *Crisis* 36(3), 179-186. doi: 10.1027/0227-5910/a000310
- International council of nurses (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2016-05 16 från: http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik/publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, E. & Van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1) 65-75, doi: 10.1111/jpm.12171
- Kool, N., Van Meijel, B., & Bosman, M. (2009). Behavioral Change in Patients With Severe Self-Injurious Behavior: A Patient's Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.012
- Landstedt, E., & Gillander Gådin, K. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), 17-25
- Lindgren, B M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2003). Struggling for hopefulness: a qualitative study if Swedish women who self-harm. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 284-291.
- Lundman, B., & Hällgren-Granheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Methodological issues in nursing research*, 40(5), 578-586
- McAndrew, S., & Warne, T. (2005). Cutting across boundaries: a case study using feminist praxis to understand the meanings of self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(3), 172-180 9p.
- Owens. C., Hansford, L., Sharkey, S., & Ford, T. (2016). Needs and fears of young people presenting at Accident and Emergency department following an act of self-harm: secondary analysis of qualitative data. *The British Journal of Psychiatry* 20(6), 286-291, doi: 10.1192/bjp.bp.113.141242

- Orlando, I.J. (1990[1961]). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process, and principles*. New York, NY: National League for Nursing.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9: a uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reece, J. (2005). The language of cutting: Initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6) 561-574
- Sandy, P. (2013). Motives for self-harm: views of nurses in a secure unit. *International Nursing Review*, 60(3), 358-365 8p. doi:10.1111/inr.12038
- Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepf, W., & Büscher, A. (2007). 'Then I just showed her my arms...' Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(6), 587-597 11p. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01150.x
- Segersten, K. (2006). Sex modeller. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss85-88) Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:821. Patientlagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf
- Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural Western Australia: a qualitative study. *The Australian Journal of Rural Health*, 10(5), 233-238.
- Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 595-601
- Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen

- Socialstyrelsen. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Stockholm: Socialstyrelsen
- Storey, P., Hurry, J., Jowitt, S., Owens, D., & House, A. (2005). Supporting young people who repeatedly self-harm. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 125(2), 71-75
- Taylor, T.L., Hawton, K., Fortune, S. & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 194(2), 104-110. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046425
- Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 293-309.
doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809005268>
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 75-79 5p. doi:10.1007/s00787-012-0365-7
- Wilstrand, C., Lindgren, B-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72-78
- Åkerman, S. (2009). *För att överleva: En bok om självska debeteende*. Stockholm: Natur & kultur.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss 57-80) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I

Tabell 2, innehåller en översikt av informationssökningen

Pubmed 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	self-harm	3 073				
#2	qualitative	161 575				
#3	S1 AND S2	138				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016		135	135	27	9	3

ProQuest 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	experiences	5 193 660				
#2	young adults	520 563				
#3	self-injure	411				
#4	S1 AND S2 AND S3	75				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016, Peer reviewed, Scholarly journals		70	70	8	4	1

Cinahl 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	self-harm	1 342				
#2	qualitative	77 230				
#3	S1 AND S2	98				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016, Peer reviewed		94	94	13	6	3

Cinahl 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	self-injurious behaviour	1 756				
#2	patient perspective	21 255				
#3	S1 AND S2	18				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016, Peer reviewed		18	18	6	3	2

Cinahl 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	self- injure	39				
#2	care	584 521				
#3	S1 AND S2	10				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016, Peer reviewed		10	10	5	4	1

Cinahl 20160509	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	experience*	182 755				
#2	self-injury	453				
#3	S1 AND S2	59				
Begränsningar Artiklar publicerade från år 2000-2016, Peer reviewed		49	49	12	4	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej
 Informant karaktäristika
 Antal
 Ålder
 Man/kvinna
 Är kontexten presenterad? Ja Nej Framkom ej
 Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framkom ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
 - Strategiskt? Ja Nej Ej relevant
 - datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
 - analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
 - Råder datamätnad? Ja Nej Ej relevant
 - Råder analysmättnad? Ja Nej Ej relevant

Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
 -Redovisas resultatet i förhållande till
 -Teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
 -Genereras teori? Ja Nej Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
 Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem

Peer review

Double
blinded

Single
blinded

Ej
angivet

Översikt av analyserad litteratur

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Författare: Baker, Wright & Hansen Årtal: 2013 Land: England	Syftet var att undersöka vad patienter vill uppnå genom självskada för att kunna hjälpa dem finna en annan väg att nå sitt mål	Kvalitativ metod med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv.	Semistrukturerade intervjuer med fem kvinnor med självskadebete som vårdades på en medium-säker enhet	Individuella synsätt varierade, men man fann ändå likheter i resultaten och den enskilda formuleringen kan hjälpa båda patienter och personal. Det finns olika anledningar till att patienter skadar sig själva, men de vill alla bli behandlade och sedda som människor.	Grad II
Författare: Balcombe, Phillips & Jones Årtal: 2011 Land: England	Syftet var att undersöka vilka faktorer som påverkar huruvida patienten närvarar på uppföljning på sjukhuset efter att ha vårdats för självskador	Kvalitativ metod. (tematiskt arbetssätt).	Semistrukturerade intervjuer med tre unga vuxna med självskadebete samt fyra föräldrar	Anledningen att de dyker upp på uppföljningarna är att de vill bli bättre/bli av med sitt beteende. Att få en tid för uppföljning snart efter utskrivning sågs som positivt	Grad III
Författare: Craig & Foster Årtal: 2009 Land: USA	Syftet var att undersöka patienter erfarenheter av självskadebete, hur de framställde sina erfarenheter av rådgivning för självskada	Kvalitativ metod med fenomenologisk inriktning.	Intervjuer med tio kvinnor från en stad som författarna hittat via flygblad på campus. Kvinnorna som ingick i studien hade slutat med sitt självskadebete.	Det är viktigt för patienten att sjuksköterskan lyssnar på patienten och visar förståelse för patientens problem. De behöver känna en koppling till rådgivaren för att rådgivningen ska fungera på ett lönsamt sätt.	Grad I

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Författare: Huband & Tantam Årtal: 2004 Land: England	Syftet var att undersöka hur patienten upplevde hur hennes självskada hade hanterats av personalen samt hennes subjektiva upplevelse före självskada	Kvalitativ metod. Analys gjordes enligt grounded theory metod	Semistrukturerade intervjuer med tio kvinnor.	Att få samarbeta med samma personal och att få uttrycka sina känslor är väldigt viktigt för patienter med självskadebeteende. Personalen visar sig kunna vara bra på att avvärja självskada men kan även vara orsaken till att patienten vill utöva självskada.	Grad III
Författare: Hume & Platt Årtal: 2007 Land: England	Syftet var att undersöka erfarenheter av interventioner för självskada	Kvalitativ metod med grounded theory	Semi-strukturerade intervjuer med 14 patienter som vårdades på sjukhus till följd av självskador	Vid vård av patienter med självskada måste personalen ta hänsyn till patienternas olikheter och olika bakgrunder för att det ska bli en bra vårdupplevelse	Grad I
Författare: Idenfors, Kullgren & Salander Renberg Årtal: 2015 Land: Sverige	Syftet var att undersöka unga patienters upplevelser av vård och stöd 6 månader efter deras första kontakt med sjukvården pga. Självskador	Kvalitativ metod, data analyserades med kvalitativ innehållsanalys	Nio semistrukturerade intervjuer med patienter, 16-24 år.	Det är av största vikt att personalen som vårdar patienten är flexibel och visar mottaglighet till patienternas egna synsätt och specifika behov.	Grad I

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Författare: Kool, Van Meijel & Bosman Årtal: 2009 Land: Holland	Syftet är att förstå vilka faktorer som får personer med självskada att ändra deras beteende till att sluta.	Grounded theory metod. Semistrukturerade intervjuer.	12st kvinnor som lyckats sluta med att självskada.	Att lära sig att ta hand om deras inre jag. Svårt med att få en kontakt och tillit till någon och bli sedd.	Grad II
Författare: Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson. Årtal: 2003 Land: Sverige	Syftet var att beskriva hur personer med självskada upplever att de får vård.	Personliga berättelser under intervju som analyserats med en kvalitativ innehållsanalys.	Intervjuer med 9st svenska kvinnor mellan 19-35 år.	Att bli respekterad, förstådd, sedd och bekräftad var önskat från patienterna, de hade upplevt motsatsen.	Grad I
Författare: Owens, Hansford, Sharkey & Ford Årtal: 2016 Land: England	Unga söker inte vård på akuten och syftet är då att belysa unga patienters uppfattning om behandling på akutmottagning och vad de anser är ett bra möte.	Andrahandsanalys av kvalitativ data från ett anonymt chattforum.	31st unga personer i åldern mellan 16-25 som har erfarenheter från självskadebeteende.	De undvek akutmottagning så mycket som möjligt då de skämdes och kände sig värdelösa. Det var bra att bli behandlad som vanligt och inte diskriminerande, med vänlighet så att den onda cirkeln med beteendet kunde brytas.	Grad I
Författare: Reece Årtal: 2005 Land: England	Syftet var att berätta hur kvinnor och sjuksköterskor delar meningen med självskadebeteende.	En grounded theory metod, ostrukturerade intervjuer med öppna frågor.	14st sjuksköterskor och 11st kvinnor blev intervjuade.	Sjuksköterskor har bristande kunskap om självskadebeteendet och sjuksköterskorna måste prata ett lättare språk för att förstå.	Grad III

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Författare: Shoppmann, Schröck, Schnepf & Büscher Årtal: 2007 Land: Tyskland</p>	<p>Att förstå hur det är att leva med självskadebete ende och berätta denna kunskap.</p>	<p>En hermeneutisk fenomenologi metod, intervjuer och observationer.</p>	<p>99 sekvenser från observationer, 5 intervjuer med kvinnor i åldern mellan 18-35 år, och 10 mail från en kvinna.</p>	<p>Patienterna isolerar sig, de skadar sig för en förlust av kontroll, en form av självbehandling.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Författare: Smith Årtal: 2002 Land: England</p>	<p>Syftet var att uppmärksamma kontraster om uppfattningar kring självskadebete ende, ett sätt att belysa problemet på.</p>	<p>Ostrukturerade intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>3 frivilliga personer med självskadebete ende intervjuades, 9 sjuksköterskor med olika erfarenheter intervjuades.</p>	<p>Sjuksköterskor höll med om att patienter med självskaadebeteende oftast bemöts negativt, vården var olika vart man sökte efter hjälp. Servisen är under press och borde inte vara så för denna patientgrupp.</p>	<p>Grad III</p>

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se