

Självskadande patienters upplevelser av vårdrelationen

FÖRFATTARE	Helena Karlberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Harshida Patel

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Ett varmt tack riktas till Bodil Augustsson som haft stor betydelse för färdigställandet av detta fördjupningsarbete genom sitt sätt att vägleda, stötta och uppmuntra.

Titel:	Självskadande patienters upplevelser av vårdrelationen
Titel:	Self-harming patients' perceptions of the nurse/patient relationship
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Helena Karlberg
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Harshida Patel

SAMMANFATTNING

Självskadabeteende hos tonåringar och unga vuxna har fått ökad uppmärksamhet de senaste decennierna. Beteendet kan fungera som ett sätt att hantera svåra känslor, men innebär också ett stort lidande. En fungerande vårdrelation är central för att få till stånd en fungerande vård av patienter med självskadabeteende. Men vården av denna patientgrupp rapporteras ofta som problematisk, då sjuksköterskan upplever frustration och patienten upplever vårdlidande. Fortfarande saknas mycket kunskap om självskadabeteende och effektiva behandlingsmetoder. Ökad insikt i patientens upplevelser av vårdsituationen ökar möjligheten att utforma en god vård för denna patientgrupp. Syftet med fördjupningsarbetet var därför att belysa vilka upplevelser patienter med självskadabeteende har av vårdrelationen. Tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ metodik användes för att göra en metasyntesinspirerad analys. Två teman och nio subteman identifierades från patienternas upplevelser av vårdrelationen. I det första temat tolkades patienternas upplevelser av vårdrelationen som otillfredsställande med fem subteman där vårdrelationen tolkades som ojämlig, oförstående, dömande, tvivlande och distanserad. I det andra temat tolkades patienternas upplevelser av vårdrelationen som tillfredsställande med fyra subteman där vårdrelationen tolkades som omhändertagande, förstående, tillåtande och närvarande. Slutsatser som drogs var att sjuksköterskan behöver ha tid och kunskap och stötta, förmedla trygghet och acceptans. Dessutom drogs slutsatsen att även sjuksköterskan behöver stöd genom handledning.

Keywords: Self-harm, self-injury, self-mutilation, qualitative, inpatient, perception

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Definition av självskadebeteende	2
Bakomliggande orsaker till självskadebeteende	2
Självskadebeteendets funktion	3
Förekomst av självskadebeteende	3
Vård vid självskadebeteende	4
Teoretisk utgångspunkt	4
<i>Vikten av vårdrelationen</i>	5
<i>Vårdande eller icke-vårdande relation</i>	5
<i>Gemensamma ansträngningar för en vårdande relation</i>	6
<i>Formandet av vårdrelationen genom interaktion</i>	6
<i>Tillit – patientens bidrag till en vårdande relation</i>	7
<i>När tillit saknas</i>	7
Sjuksköterskans professionella ansvar	7
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
ANALYS	9
RESULTAT	10
UPPLEVELSER AV EN OTILLFREDSSTÄLLANDE VÅRDRELATION	11
Ojämlig relation	11
Oförstående relation	12
Dömande relation	13
Tvivel i relationen	13
Distanserad relation	14
UPPLEVELSER AV EN TILLFREDSSTÄLLANDE VÅRDRELATION	15
Omhändertagande relation	15
Förstående relation	16
Tillåtande relation	17
Närvaro i relationen	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
Val av metod	19
Sökning	19
Analys	20
Kvalitetsbedömning	21
RESULTATDISKUSSION	21

SLUTSATS	25
FORTSATT FORSKNING	25
REFERENSER	26
BILAGOR	
BILAGA 1	
BILAGA 2	
BILAGA 3	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under sjuksköterskeutbildningen är det ett vårdområde som har väckt extra mycket funderingar och känslor hos mig – nämligen vården av patienter med självskadebeteende. Jag kom i kontakt med denna patientgrupp under den verksamhetsförlagda utbildningen på en allmänpsykiatrisk avdelning. Tiden på avdelningen väckte många funderingar kring hur omvårdnaden av dessa patienter fungerar och hur situationen ter sig för patienterna. Självskadeincidenterna i sig väckte dessutom starka känslor hos mig av bland annat sorg och rädsla.

Ingen av patienterna på avdelningen var inlagd på grund av självskada, men flera av dem hade ett mer eller mindre aktivt självskadebeteende. En av patienterna hade ett självskadebeteende som eskalerade kraftigt under vårdtiden. Hon skar och brände sig och hennes beteende var föremål för många diskussioner bland personalen. Min upplevelse var att sjuksköterskorna gjorde sitt bästa för att ge en god vård, men att situationen var svårhanterlig med mycket känslor och åsikter men desto mindre fakta, rutiner och verktyg att luta sig mot. Relationen mellan patienten och sjuksköterskorna framstod som alltmer ansträngd under vårdtiden, med sjuksköterskornas ökande frustration och villrådighet och patienten som slöt sig alltmer. Det är svårt att tolka patientens självskadebeteende på annat sätt än att hon inte mätte bra av situationen. Jag funderade över vad det var som gjorde att patienten blev sämre trots sjuksköterskornas ansträngningar. Eller kunde det vara just personalens bemötande som bidrog till det ökande självskadebeteendet?

Så här beskriver en patient sina upplevelser av vården i samband med självskada (Åkerman, 2009, s. 244-245):

”Inom slutenvården har jag fått de mest skilda reaktioner på mina självskador, men allt för många gånger har jag mötts av oförstående och irriterad personal. Överhuvudtaget var det väldigt tufft med förståelse och bemötande varje gång jag behövde fysisk vård för mina skador. Jag ansågs besvärlig och krävande och fick ofta höra att jag tog upp plats för någon som verkligen hade behövt vården... det enda jag vet som självskadare är att jag värdelös, besvärlig och hopplös. Det behöver ingen påminna mig om! Jag tror att det är oerhört viktigt att personal som arbetar inom psykiatrin eller ofta kommer i kontakt med självdestruktivitet har en ordentlig grund att stå på utbildningsmässigt, men också en enorm trygghet i sig själva och i sin yrkesroll. Det är så lätt att man i sina försök att hjälpa istället förstärker det sjuka och i längden bidrar till att öka självskadorna.”

Forskning om självskadebeteende är relativt ung och det finns fortfarande många luckor i kunskapen om detta fenomen. Exempel på områden där kunskapen är knapp är förekomsten av beteendet, vedertagna begrepp och klassificeringar och effektiva behandlingsmetoder. Självskadebeteende framstår som komplext och den svåra vårdssituationen som jag fick följa under den verksamhetsförlagda utbildningen födde en vilja att förstå mekanismerna bakom självskadebeteende på djupet. Jag ville också få kunskap om hur denna patientgrupp upplevde kontakten med vårdpersonalen.

BAKGRUND

Detta kapitel inleds med att definiera och beskriva innebörden av självskadebeteende. Därefter presenteras orsaker till, funktionen av, förekomst och vård av självskadebeteende. Slutligen beskrivs en teoretisk utgångspunkt och en problemformulering för fördjupningsarbetet.

Definition av självskadebeteende

Självskadebeteende är ett fenomen som kan ses på många håll i samhället, i många kulturer och långt tillbaka i historien. Det finns många beteenden som kan betraktas som självskada och som anses mer eller mindre socialt och kulturellt accepterade. Några exempel som kan nämnas är rökning, missbruk av alkohol och droger, ätstörningar, högrisktagande beteende, förgiftning och att skära sig. Självskadebeteende har ännu inte någon egen diagnos och det saknas allmänt vedertagna definitioner eller benämningar (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

För att precisera den typ av självskadebeteende som det här fördjupningsarbetet inriktas mot används Simeons och Favazzas (2001) definition av självskada, som kan betraktas som väl ansedd (Socialstyrelsen, 2004a). Självskada definieras som; *en avsiktlig handling att åsamka den egna kroppen direkt fysisk skada, utan självmordsintention*. Denna definition innebär att personen medvetet skadar sig och att den fysiska skadan uppstår omgående, till skillnad från exempelvis missbruk där skador ofta uppkommer först efter en tid. Självskadebeteende kan preciseras ytterligare med undergrupper. En av dessa grupper är *impulsivt självskadebeteende* som innebär att personen är upptagen med tankar på att skada sin kropp, oftast genom att skära och bränna sig, förhindra sårhäkning eller ge slag mot kroppen. Nedan följer en summering av några typiska beteenden och tankar hos personer med impulsivt självskadebeteende (Simeon & Favazza, 2001):

- Upptagen med tankar på att skada sig själv fysiskt
- Återkommande misslyckanden att stå emot impulser att skada sig själv, vilket leder till skada eller förändring av kroppsvävnad
- Upplevelsen av ökande inre spänning direkt innan utförandet av självskadan
- Känsla av välbefinnande eller lättnad i samband med självskadan
- Inget medvetet självmordsförsök

Fokus för det här fördjupningsarbetet ligger på det impulsiva självskadebeteendet. Om inget annat anges är det impulsivt självskadebeteende som åsyftas då orden självskadebeteende eller självskada används.

Bakomliggande orsaker till självskadebeteende

Självskadebeteendet börjar ofta i tonåren och kan bestå av enstaka händelser eller utvecklas till ett slags missbruk som kan hålla i sig i decennier (Simeon & Favazza, 2001). Det finns inga enkla förklaringar till varför vissa utvecklar självskadebeteende. Några faktorer har dock kopplats samman med personer med självskadebeteende. Många har varit utsatta för grova kränkningar så som mobbing, misshandel eller sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2004b). Andra faktorer som kan finnas i bakgrunden är omsorgsbrist och otrygga anknytningsmönster under barndomen, separation från föräldrar eller en biologisk sårbarhet, till exempel svårigheter med affektreglering (Skårderud et al., 2010) och hög känslolintensitet

(Fjellman, 2010). Missbruk och relationsproblem kan också ligga bakom självskada (Toftthagen & Fagerström, 2010). Några medicinska diagnoser som är vanligt förekommande i samband med självskadebeteende är depression, ätstörning, posttraumatiskt stressyndrom och ADHD. En diagnos som särskilt ofta kopplas samman med självskadebeteende är borderline personlighetsstörning, även kallad emotionellt instabil personlighetsstörning. Majoriteten av personerna som har borderline har ett självskadebeteende, men det innebär inte att majoriteten med självskadebeteende har borderline (Fjellman, 2010).

Självskadebeteendets funktion

Självskadebeteende kan fylla många funktioner. En funktion är självskada som *affektreglering*, det vill säga en metod för att reglera, uttrycka och uthärda känslor av obehag såsom ångest och skam. Smärtan eller synen av blod kan då fungera som ett sätt att lindra känslor och ge personen en känsla av att ha kontroll (Skårderud et al., 2010). Det finns även biokemiska processer som till viss del kan förklara självskada som affektreglering. Då kroppen skadas frisätts smärtstillande och stämningshöjande ämnen i kroppen, exempelvis endorfin (Fjellman, 2010). Självskadebeteende kan även vara ett sätt att ta sig ur ett *dissociativt tillstånd*. Detta tillstånd kan ha många orsaker och är bland annat ett sätt att hantera trauman, då personen avskärmar sig från svåra upplevelser. Tillståndet i sig kan upplevas mycket obehagligt och ångestfyllt att befinna sig i, eftersom världen och jaget upplevs förändrat. Ett sätt att ta sig ur detta tillstånd kan vara att skada sig själv. Självskada kan också tolkas som en slags *kommunikation*. Om personen har svårt att uttrycka sin inre smärta i ord kan självskada bli ett sätt att förmedla sig genom sin kropp. Det kan även vara ett sätt att skrämna, anklaga eller styra sin omgivning (Skårderud et al., 2010).

Utifrån upplevs självskada ofta som obehagligt, obegripligt och onödigt, men för personen som skadar sig kan det tvärtom upplevas som livsbejakande, eftersom det kan vara en strategi att hantera svårigheter. Det kan också upplevas som en tröst och ge styrka att orka leva vidare genom att vara en påminnelse om att kunna avsluta sitt liv om det skulle bli för svårt (Söderberg, 2008). På kort sikt kan alltså självskadebeteendet upplevas som en lättnad och något som får personen att må bättre, men på längre sikt resulterar det snarare i skam- och skuld-känslor och dålig livskvalitet (Fjellman, 2010). Även om avsikten med självskada inte är självmord går det inte att helt bortse från den risken. En person med självskadebeteende kan samtidigt ha självmordstankar (Simeon & Favazza, 2001). Dessutom tenderar personer med självskadebeteende att tillfoga sig värre skador med tiden. Det finns därför en risk att skadorna till slut blir ett oavsiktligt självmord (Fjellman, 2010). Personer med upprepat självskadebeteende som inte får rätt hjälp har alltså statistiskt sett en ökad risk att dö på grund av självmord (Skårderud et al., 2010).

Förekomst av självskadebeteende

En ny studie uppmätte självskadebeteende, enligt nya föreslagna diagnoskriterier, till 6,7 procent bland svenska 15-17 åringar (Zetterqvist, Lundh, Dahlström & Svedin, 2013). Många rapporter och studier pekar på självskadebeteende som ett ökande fenomen. Det råder dock en stor osäkerhet om förekomsten, då resultaten från olika studier kan variera inom ett så stort intervall som från en procent till över 40 procent. De stora skillnaderna beror på hur självskada definieras och hur studierna är

konstruerade (Socialstyrelsen, 2004; Yates 2004; Socialstyrelsen, 2004b & Lundh, 2012). Bilden av självskadebeteende som ett ökande fenomen stärks av siffror som visar att antalet personer i Sverige som fått vård på grund av självskada har ökat sedan 1990-talet. Majoriteten av patienterna vårdades dock inte på grund av ett impulsivt självskadebeteende utan hade förgiftat sig (Socialstyrelsen, 2012). I studier av självskadebeteende består deltagarna ofta av fler flickor än pojkar. Att självskada skulle vara mer vanligt förekommande bland flickor än pojkar är dock inte forskare överens om (Yates, 2004).

Vård vid självskadebeteende

Vården av självskadande patienter beskrivs ofta som problematisk. En del i detta är att det saknas fastställda behandlingsmetoder (Nationella självskadeprojektet, 2013 & Socialstyrelsen, 2004a). Ett annat problem är de negativa känslor hos både patienter och personal som är förknippade med vården av självskadebeteende. Vårdpersonal uttrycker exempelvis känslor av frustration, vrede och hopplöshet. Likaså beskriver patienterna känslor som frustration och ensamhet (Bosman & van Meijel, 2008). Behandling av självskadebeteende inom psykiatrisk slutenvård har till och med visat sig ge en ökad risk för eskalerande självskadebeteende (Lundh, 2012).

Alltför känslosamma reaktioner, såsom ilska, rädsla eller överdriven omsorg och försök att hindra självskadebeteende genom kontroll och bestraffning, är olämpliga bemötanden och förhållningssätt från personalen. De kan vara direkt skadliga för patienten, eftersom de kan leda till ett ökat självskadebeteende och hindra skapandet av en förtroendefull relation mellan patient och personal. En förtroendefull relation är en förutsättning för att behandlingen ska fungera. Trots det är ovan nämnda beteenden vanligt förekommande bland vårdpersonal (Sternier, 2012). Det finns också personal som nedprioriterar vårdrelationens betydelse för behandlingen och som snarare anser sig ha en medicinsk roll att fylla. Detta förhållningssätt hindrar patienterna från att bearbeta orsakerna till självskadan (McHale & Felton, 2010). Det ställer stora krav på vårdpersonalen att skapa en god vårdrelation till patienter med självskadebeteende. Några av utmaningarna består av att patienterna ofta har svårigheter att känna tillit till andra människor, svårt att relatera till sin omgivning och svårt att uttrycka känslor. Men även en etablerad nära relation kan skapa svåra känslor som ångest och rädsla hos patienten, vilket gör att han eller hon flyr eller betar sig oberäkneligt (Sternier, 2012). Det behövs ett medvetet vårdande där personalen reflekterar över hur deras bemötande uppfattas av patienten. Då blir personalen mer lyhörd för när patienten kan uppleva sig kränkt. Detta är krävande och kan bara uppnås genom en djup förståelse och en inställning att bekräfta patientens upplevelser (Sjögren, 2010).

Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten som valts för detta fördjupningsarbete är *vårdrelationen* och *tillit*. Vårdrelationen valdes eftersom vården av självskadebeteende på många sätt handlar om det mellanmännsliga mötet och att få till stånd en vårdande relation för att kunna närma sig självskadebeteendets orsak. Med utgångspunkt i patientens upplevelse av vårdrelationen kan konsekvenserna av sjuksköterskans agerande uppmärksammas och bättre förstås. Vidare kommer tillit att utforskas, eftersom tillit kan ses som en grundsten för att få till stånd en god

vårdrelation. I detta fördjupningsarbete kommer *sjuksköterska* användas som benämning för alla kategorier av vårdpersonal om inget annat anges.

Vikten av vårdrelationen

Vårdrelationen kan ses som en grundläggande del av omvårdnaden och innebär en inriktning på interaktionen mellan patient och sjuksköterska. Förutom patientfokus behöver då sjuksköterskan även ha en självreflekterande hållning för att förstå hur hon själv är med och påverkar vårdrelationen (Peplau, 1988). Det kan tyckas vara en självklarhet att vårdrelationen och sjuksköterskans bemötande skulle vara en positiv upplevelse för patienten. Men både forskning och patientanmälningar tyder på att så inte alltid är fallet. Här framkommer istället att patienter kan känna sig kränkta av sjuksköterskans bemötande. Det finns också exempel på forskning som visar att patienter och sjuksköterskor har olika uppfattning om vårdrelationens betydelse. Medan patienten har stora förväntningar på vårdrelationen tvivlar sjuksköterskan på att den fyller någon funktion vare sig för vården av patienten eller för patienten på ett mer personligt plan (Snellman, 2009).

Vårdande eller icke-vårdande relation

Vårdrelationen kan betraktas som en värdeneutral relation mellan patient och sjuksköterska (Kasén, 2002) eller som en relation som kan värderas utifrån att vara en vårdande respektive icke-vårdande relation (Kasén, 2012). I det här fördjupningsarbetet innebär begreppet vårdrelation en allmän relation mellan patient och sjuksköterska, vare sig relationen upplevs vårdande eller inte. Kasén (2012) tolkar, utifrån patientberättelser, vårdrelationen som en vårdande respektive icke-vårdande relation. I den vårdande relationen upplever sig patienten ha det bra trots att han eller hon lider på grund av sin sjukdom. Detta kan uppstå när sjuksköterskan upplevs vilja väl och ha en lust att vårda. I den vårdande relationen tillåts patienten vara en lidande människa, medan sjuksköterskan värnar om patientens värdighet. Den vårdande relationen kan tolkas som ett syskonskap mellan patient och sjuksköterska där både bra och dåliga stunder kan delas med varandra. I den icke-vårdande relationen upplever sig patienten bli behandlad som ett objekt och inte som en unik människa. Patienten upplever ensamhet, övergivenhet och känslan av att ha blivit fråntagen sin makt. Då patienten känner sig berövad sin makt upplevs ett ökat lidande, eftersom patientens värdighet kränks (Kasén, 2012). Även distans, ömsesidig misstro och brist på respekt mellan patient och sjuksköterska ger patienten ett onödigt lidande (Johansson, 2010). Sjuksköterskan kan i den icke-vårdande relationen tolkas som en person som i huvudsak utför praktiska sysslor och bara det som måste göras. De vårdrelationer där patienten har mer eget ansvar och förväntas ta mycket eget initiativ kan komma att utvecklas till en vårdande relation, men risken finns att den vårdande relationen uteblir i de fall patienten saknar förmågan att vara drivande. Patienten betraktas här mer som en klient och sjuksköterskan som en person som vårdar på inrådan från patienten. Sjuksköterskan tillhandahåller olika tjänster men saknar känslan av ett djupare ansvar (Kasén, 2012).

Gemensamma ansträngningar för en vårdande relation

Vårdrelationen innebär ett stort arbete för sjuksköterskan, men även patienten får anstränga sig. Berg (2006) beskriver hur både patienten och sjuksköterskan kan uppleva frustration och känslan av maktlöshet i försöken att skapa en vårdande relation. Dessa känslor av maktlöshet och frustration beror på den krävande vårdmiljö som den vårdande relationen ska skapas i. Det kan exempelvis handla om brist på tid och kontinuitet. Ansträngningen för patienten ligger i att bevara sin värdighet, begränsa sin sårbarhet och att bli vårdad av olika personer i personalstyrkan. Men för att också uppnå känslan av trygghet behövs en mer personlig vårdande relation. Häri ligger drivkraften för patienten att närma sig sjuksköterskan. Sjuksköterskans drivkraft kommer bland annat från hennes kompetens och medkänsla. Det ömsesidiga närmandet kommer till uttryck genom öppenhet och närvaro i mötet och bidrar till känslor av samhörighet och meningsfullhet. Både patient och sjuksköterska måste visa varandra respekt och ta ansvar för att mötas. Likaså behöver båda parter dela med sig av sin kunskap och använda sig av den andres kunskap. Allt detta för med sig att patientens känsla av sårbarhet minskar och värdigheten bevaras. Hos sjuksköterskan medför det en tillfredsställelse och ger kraft att stödja patienten (Berg, 2006). Även om både patient och sjuksköterska är delaktig i vårdrelationen så kan det ändå sägas vara en asymmetri i relationen, där sjuksköterskans ansvar ses som större än patientens. Asymmetrin uppstår eftersom patienten är i behov av sjuksköterskans vård och omsorg och är därmed utelämnad till sjuksköterskans välvilja och förmåga. Det innebär också att sjuksköterskan ska ge patienten vård och omsorg utan att förvänta sig någonting tillbaka (Martinsen, 1993). Dessutom kan sjuksköterskan anses ha en större kunskap om vården än patienten, vilket också ger sjuksköterskan ett större ansvar (Kasén, 2012).

Formandet av vårdrelationen genom interaktion

Forchuk, Sieloff Evans & O'Connor (1995) har förtydligat Pepalu's teori om interpersonella relationer och beskrivit hur alla relationer påverkas av människors olika interaktionsmönster, det vill säga hur vi reagerar på och interagerar med andra. För sjuksköterskan är det bra att vara medveten om hur både hon själv och patienten agerar, för att förstå på vilket sätt de båda påverkar vårdrelationen. Då personer möts med interaktionsmönster som är lika eller som kompletterar varandra bibehålls personernas mönster. Exempel på detta är då personer med undflyende mönster träffas, eller då en person med dominant mönster möter en person med underkastande mönster. Dessa sätt att mötas utmanar inte varandra och ger ingen förändring i personernas sätt att möta andra. Om personer med antagonistiska mönster möts, det vill säga mönster som utmanar varandra, kan en spänning uppstå som ger en möjlighet till förändring. Exempel på antagonistiska mönster är undflyende mönster mot utforskande mönster eller självförringande mot acceptans. Spänningen som ger upphov till förändring kan dock även skapa ångest. Detta behöver sjuksköterskan vara uppmärksam på så att patienten inte utmanas över sin förmåga. Forchuk et al. (1995) skriver att alla människor ibland känner ett visst mått av ångest. Den kan även finnas i mötet mellan patient och sjuksköterska. Ångest och oro förmedlas lätt från en person till en annan. Sjuksköterskan måste därför vara medveten om hur hon påverkas av en patients ångest och oro eller om sjuksköterskan själv påverkar patienten negativt med sin egen oro och ångest. En av sjuksköterskans

uppgifter är att rannsaka sig själv och fundera över hur hennes inställning och beteende påverkar interaktionen och relationen med patienten. Av samma anledning är det som sjuksköterska viktigt att försöka förstå patientens fördomar om sjuksköterskan. Både patient och sjuksköterska har möjlighet att utvecklas genom interaktion med varandra. Det kan exempelvis handla om att patienten lär sig att tillbringa tid tillsammans med andra, samtala eller lära sig känna tillit. Sjuksköterskan kan exempelvis behöva lära sig att vara tyst och lämna utrymme för patienten att samtala (Forchuk et al., 1995).

Tillit – patientens bidrag till en vårdande relation

En vårdande relation kan sägas bestå av respekt, ömsesidighet och tillit. Respekt innebär att alla människor har ett eget värde, behandlas likvärdigt och accepteras. Det innebär också att ha förståelse för andra och vara ärlig. Ömsesidighet kräver att respekt finns mellan parterna och att både patient och sjuksköterska gemensamt är med och utformar vården och delar med sig av sin kunskap. Tilliten baseras delvis på respekt (Snellman, 2009) och kan ses som patientens bidrag till vårdrelationen (Kasén, 2002). Patientens tillit innebär att ta emot vård, lämna över kontrollen i sjuksköterskans händer och tro att sjuksköterskan ska handla i patientens intresse (Asp & Ekstedt, 2009). Dessutom bygger tilliten på att patienten kan acceptera sjuksköterskans förmågor så väl som begränsningar. Patientens tillit kan byggas upp genom att sjuksköterskan håller sina löften till patienten och genom att själv lita på patienten. På så vis är en ömsesidig tillit gynnsam. Patientens tillit kan sägas vara ett kvitto på sjuksköterskans ansträngningar att skapa en vårdande relation (Kasén, 2002).

När tillit saknas

Patienten är i allra högsta grad med och bygger vårdrelationen. Men i de fall patienten av olika anledningar inte har förmåga att svara med tillit och engagemang har sjuksköterskan, på grund av den asymmetriska vårdrelationen, ett ansvar att inte ge upp försöken att få till stånd en vårdande relation (Kasén, 2002). Men det är en utmaning att försöka bygga en vårdande relation baserad på tillit när miljön runtomkring signalerar misstro. Många psykiatriska avdelningar har till exempel låsta dörrar och sjuksköterskorna har larm. Detta påminner patienterna om sjuksköterskans maktövertag och kan upplevas som ett hot om våld. Även övervakning och rigida regler om vad patienter får och inte får göra signalerar att sjuksköterskan inte litar på patienterna. En protest mot denna ojämna maktfördelning kan ta sig uttryck som att inte vilja ta emot och delta i vården (Johansson, 2010). Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att känna ökad tillit till sig själv och andra genom att förmedla hopp. Patienten kan då bli mer öppen och få en vilja att acceptera det goda som finns tillgängligt i livet (Rydenlund, 2010).

Sjuksköterskans professionella ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är sjukvårdens mål att ge vård på lika villkor och med respekt för allas lika värde och den enskildes värdighet. Lagen kräver att personalen respekterar patientens självbestämmanderätt och integritet, främjar goda kontakter mellan patienten och personalen och tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet (SFS 1982:763). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning

för sjuksköterskor definieras att sjuksköterskans helhetssyn och etiska förhållningssätt bland annat innebär att respektera patientens autonomi, integritet och värdighet. Dessutom ska sjuksköterskan tillvarata patientens kunskap och erfarenheter. Vidare följer en beskrivning av sjuksköterskans ansvar som bland annat innebär att möta patientens upplevelser och lidande och försöka lindra detta lidande. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att kommunicera på ett respektfullt och lyhört sätt och upprätthålla en dialog med patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Problemformulering

Vårdsituationen för patienter med självska debeteende är problematisk då behandlingsmetoder är svagt underbyggda och sjuksköterskor ofta är dåligt insatta i problematiken och känner stor press av vårdsituationen. Dessutom upplever många patienter både ett stort lidande och att de inte får någon hjälp. Eftersom en fungerande vårdrelation är av stor vikt för att behandlingen av självska debeteende ska fungera behövs ett tydligare fokus på denna. Med ökad förståelse om patienternas upplevelser av vårdrelationen ökar förutsättningarna för sjuksköterskan att ge en bättre vård.

SYFTE

Att belysa vilka upplevelser patienter med självska debeteende har av vårdrelationen.

METOD

Kvalitativ forskning kan användas för att skapa ökad förståelse för patienten och dennes upplevelser. Omfattningen av kvalitativ forskning är stor, vilket medför att sammanställning och analys kan behövas för att konkretisera den befintliga kunskapen. Forskning blir därmed lättare att omsätta till evidensbaserad omvårdnad, som kan användas i det praktiska vårdarbetet (Friberg, 2006). Detta fördjupningsarbete är en litteraturstudie baserad på kvalitativ forskning där metoden bygger på Fribergs (2006) beskrivning av att söka och analysera kvalitativ forskning. Metoden valdes eftersom syftet är att belysa patienters *upplevelser* av vårdrelationen. Att göra en analys av kvalitativ forskning lämpar sig också för ett ämne som självska debeteende, eftersom det är komplext och ibland motsägelsefullt och kräver en djup förståelse av fenomenet.

LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningar bör påbörjas genom att göra breda sökningar, för att få en uppfattning om vad som finns studerat inom ämnet och för att lära känna databasen som används. Allt eftersom ämnet blir mer bekant kan sökningarna begränsas (Östlundh, 2006). Databaser som användes var Scopus och Cinahl, eftersom de har ett stort utbud av artiklar rörande vård och omvårdnad. Sökningar gjordes även med PubMed, men eftersom denna databas inte bedömdes tillföra något utslöts den i det fortsatta sökningsarbetet. Till en början gjordes breda sökningar på ämnet självska debeteende med sökordet "self-harm". Eftersom det visade sig förkomma många olika benämningar för självska debeteende behövde flera sökord användas för

att täcka ämnet. Sökorden ”self-injury”, ”self-mutilation” och ”self-cutting” lades därför till. För att uppfylla fördjupningsarbetets syfte att fånga patientperspektivet på vårdrelationer snävades sökningen in med hjälp av att pröva sökord som ”experience”, ”perception”, ”conception”, ”nursing”, ”care”, ”relation”, ”in-hospital”, ”patient” och ”inpatient”. Sökordet ”qualitative” prövades också för att få med kvalitativa studier. Efter att ha gjort ett antal sökningar framkom att självskadebeteende som ämne har många olika infallsvinklar och definitioner. Detta bidrog till att inklusionskriterier togs fram för att ha tydliga avgränsningar att hålla sig till under sökprocessen. Inklusionskriterierna definierades även för att sälla ut artiklar som passade in på syftet till fördjupningsarbetet. Inklusionskriterier som fastställdes var:

- Innebörden av självskadebeteendets definition liknar Simeon & Favazzas (2001) definition av impulsivt självskadebeteende
- Metodiken var kvalitativ
- Artikeln berörde deltagarnas vårderfarenheter relaterat till självskadebeteende
- Artikeln hade ett patientperspektiv
- Deltagarnas interaktion med vårdpersonal fanns beskrivna i resultatet

I sökningarna användes boolesk sökteknik, trunkeringar och olika begränsningar för att få sökresultatet så precist som möjligt, men utan att gå miste om viktiga artiklar (Östlundh, 2006). Eftersom det var svårt att få ner antalet sökträffar utan att förlora användbara artiklar var begränsningarna tvungna att anpassas till varje enskild sökning.

Efter varje sökning gjordes en grovsortering av artiklarna utifrån titlarna. De artiklar som utifrån titeln inte rörde ämnesområdet sorterades bort. Abstract gick igenom för övriga artiklar. I de fall abstract var av intresse lästes även resultat och sedan resten av artikeln. De artiklar som motsvarade inklusionskriterierna valdes ut. Sökord, begränsningar och använda referenser för sökningarna presenteras i ett sökschema (se Bilaga 1). För de artiklar som motsvarade inklusionskriterierna gjordes en kvalitetsbedömning som baserades på Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) utvärdering för kvalitativa studier. Utvärderingspunkter som användes från kvalitetsbedömningen var artiklarnas syfte, patientkaraktistika, kontext, etiska resonemang, urval, metod och resultat (se Bilaga 2). Artiklarna delades in i tre olika kategorier för kvaliteten; hög, medel eller låg. Kriterierna för hög kvalitet definierades som en artikel som väsentligen uppfyller alla punkter i kvalitetsbedömningen. Kriterierna för medelgod kvalitet definierades som en artikel där högst två kvalitetspunkter brister. Låg kvalitet definierades som en artikel där fler än två kvalitetspunkter brister. Tio artiklar bedömdes motsvara inklusionskriterierna, uppnå minst medelnivå för kvalitetskravet och stämma överens med syftet (se Bilaga 3). Sju artiklar kom från Europa, varav två från Sverige, en från Finland, två från Storbritannien, en från Tyskland och en från Holland. De tre resterande artiklarna kom från Nordamerika; två från USA och en från Kanada.

ANALYS

Analysmetoden är inspirerad av metasyntesen, vilken innebär att sammanställa, analysera och tolka tidigare forskning för att skapa ökad förståelse för ett fenomen. Förutom att sammanställa befintlig kunskap syftar metoden till att skapa en större mening av innehållet än vad som redan finns, det vill säga tillföra något nytt.

Metoden är ett sätt att omforma den vetenskapliga kunskapen till praktisk kunskap och föreslå metoder för hur sjuksköterskor kan arbeta med det aktuella fenomenet. Det finns olika former av metasyntes. En form benämns beskrivande syntes och innebär att de vetenskapliga artiklarna sammanfattas utan att göra stora omtolkningar av innehållet (Friberg, 2006). I det här fördjupningsarbetet används en metod som baseras på den beskrivande metasyntesen.

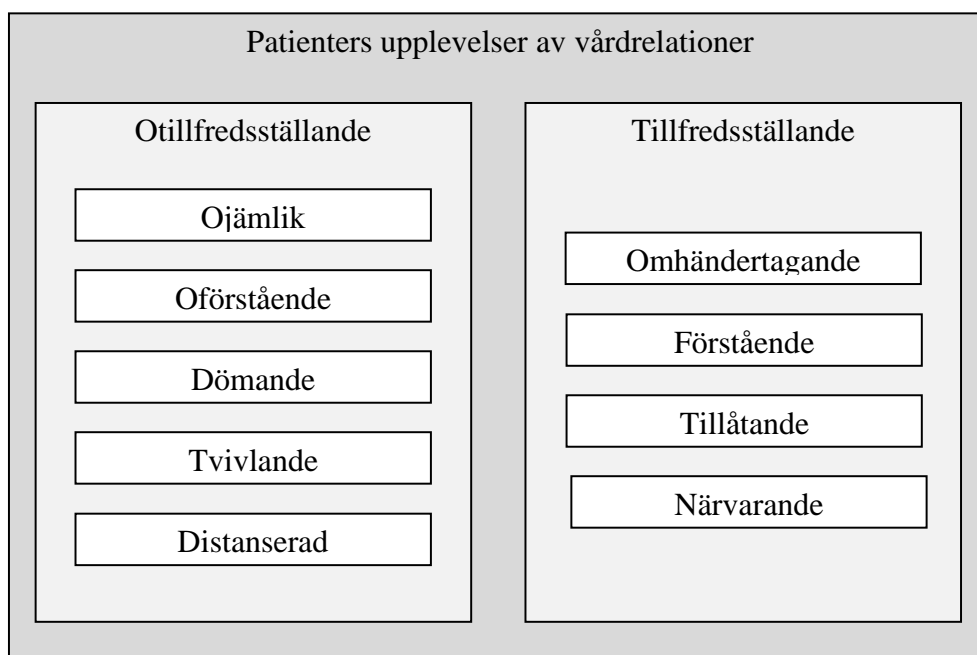
Friberg (2006) beskriver hur en analys av kvalitativ forskning innebär att röra sig fram och tillbaka mellan en helhet och de mindre beståndsdelarna. De vetenskapliga artiklarna läses först igenom för att dess innebörd ska bli tydligt. Därefter identifieras de viktigaste fynden i resultaten samt hur de fynden knyter an till den nya forskningsfrågan. En översikt över artiklarnas resultat skapas sedan som kan jämföras med varandra genom att söka likheter och skillnader i materialet. En ny helhet skapas sedan genom att sortera materialet i olika grupper som beskriver olika aspekter av arbetets formulerade syfte. Det gäller här att hålla artiklarnas innebörd levande samtidigt som nya betydelser framträder.

Under detta fördjupningsarbete lästes artiklarna igenom flera gånger för att få en uppfattning om innebörden i studierna. Därefter markerades de textdelar i resultaten som rörde patienternas vårdrelationer. Dessa stycken lästes åter med fokus på patienternas erfarenheter av vårdrelationen. Eftersom många av artiklarna hade olika metod presenterades resultaten på olika sätt. Därför tolkades patienternas upplevelser av vårdrelationer om till meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna bidrog till ett enhetligt uttryck i materialet som gjorde bearbetning och jämförelser lättare. Det innebar även en ökad möjlighet att få ut patienternas alla olika upplevelser ur texten. Samtidigt som tolkningen gjordes utifrån syftet bibehölls den ursprungliga innebörden i texten i så stor utsträckning som möjligt, i enlighet med den beskrivande syntesen (Friberg, 2006). De meningsbärande enheterna bearbetades om flera gånger som ett sätt att minimera risken för att texten skulle tolkas fel, att data skulle försvinna eller att samma fenomen skulle beskrivas flera gånger. Alla meningsbärande enheter skrevs ut på papperslappar och kunde sedan sorteras in i olika grupper. Detta arbetssätt gjorde att materialet kunde bearbetas på detaljnivå samtidigt som en översikt kunde bibehållas. Bearbetningen av de meningsbärande enheterna utfördes genom att försöka fånga fördjupningsarbetets syfte, den ursprungliga textens innebörd och samtidigt jämföra materialet och se samband, olikheter och likheter. Grupperingen av materialet gjordes om upprepade gånger innan teman och subteman slutligen fastställdes. Alla meningsbärande enheter är använda och insorterade under något subtema. Materialet bildade i detta stadium två teman och tio subteman. Materialet bearbetades ånyo under arbetet med att formulera resultatet. Under bearbetningen slogs vissa subteman samman och nya skapades. Slutligen fanns två teman och nio subteman.

RESULTAT

Analysen av de tio artiklarna resulterade i två teman och nio subteman med tolkningar av patienters upplevelser av vårdrelationen i samband med vårdkontakt relaterat till självskadebeteendet. Det ena temat, med tillhörande fem subteman, rörde patienternas upplevelser av otillfredsställande vårdrelationer. Det andra temat, med

tillhörande fyra subteman, rörde patienternas upplevelser av tillfredsställande vårdrelationer (se Figur 1).



Figur 1. Teman och subteman över patienters upplevelser av vårdrelationen vid vårdkontakt relaterat till självskadebeteende.

UPPLEVELSER AV EN OTILLFREDSSTÄLLANDE VÅRDRELATION

Den otillfredsställande vårdrelationen kan tolkas som ojämlig, oförstående, dömande, tvivlande och distanserad.

Ojämlig relation

Vårdrelationen kan tolkas som ojämlig baserat på patientens upplevelser av att känna sig förringad och underordnad sjuksköterskorna. Patienten upplevde sjuksköterskorna som auktoritära och vågade ibland inte ifrågasätta dem.

Patienterna upplevde sig vara i en underlägsen position i förhållande till sjuksköterskorna och upplevde sina behov och sin vilja underordnad sjuksköterskans (Lindgren, Öster, Åström & Hällgren Graneheim, 2011). Patienterna upplevde även att deras vårdbehov inte togs på allvar och de kände sig åsidosatta, förolämpade och respektlöst behandlade (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004). Rollen som underordnad medförde att patienterna ofta fick vänta för att få sina behov tillfredsställda och de fick inte tillgång till det stöd de tyckte sig behöva (Lindgren et al., 2011). Patienterna tyckte inte heller att personalen tog någon hänsyn till deras kunskap, åsikter och känslor utan tog beslut över patientens huvud, till exempel angående vårdbehovet. Detta ledde till irritation och medförde att patienten undvek sjuksköterskan (Lindgren et al., 2011; Rissanen, Kylmä & Laukkanen, 2009 & Schoppmann, Schröck, Schnepf, & Büscher, 2007). Patienterna hade även känslan av att bli prioriterade lägst bland andra patienter. De kunde exempelvis hamna längst

ner på väntelistan för behandling då det framkom att de åsamkat skadan själv, vilket fick dem att känna mindervärde (Brown & Kimball, 2013, s. 201): *"I had a friend who, when he told them it was self inflicted, they put him in the back of the line even though he was sitting there bleeding profusely. It was like, 'well, you did it to yourself so you have to wait'."*

På grund av att patienterna kände sig underordnad sjuksköterskan underkastade de sig sjuksköterskans vilja, följde uppsatta regler och rutiner och försökte att inte vara i vägen. Patienterna menade att sjuksköterskorna själva struntade i regler och rutiner och att de även ändrade dem efter eget tycke. Sjuksköterskorna uppfattades därför som opålitliga och oförutsägbara (Lindgren et al., 2011). Sjuksköterskorna uppfattades också som auktoritära och kontrollerande. Därmed vågade patienterna inte ifrågasätta sjuksköterskorna, eftersom de var rädda att bli straffade (Lindgren et al., 2004). Några patienter tog ändå upp kampen om makten med personalen, exempelvis genom att hävda sin tolkningsrätt och kunskap om sin egen hälsa (Lindgren et al., 2011).

Oförstående relation

Den oförstående vårdrelationen kan tolkas fram ur patienternas upplevelse av att vara missförstådd, vilket bottnar i sjuksköterskans okunskap om självskada och patienterna som personer.

Patienterna uppgav att de ofta kände sig missförstådda, eftersom sjuksköterskorna inte hade tillräckliga kunskaper om självskadebeteende (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2011; Reece, 2005; Rissanen et al., 2009 & Smith, 2002). Patienterna upplevde sig också få ett felaktigt bemötande på grund av okunskapen och det hände att sjuksköterskorna både överdrev och underskattade betydelsen av självskadebeteendet. Följden av detta kunde bli att sjuksköterskorna inte ingrep då en patient skadade sig (Rissanen et al., 2009), eller att självskadan betraktades som ett suicidförsök. Båda dessa reaktioner upplevde patienten som negativa (Brown & Kimball, 2013). Sjuksköterskan verkade inte alltid förstå att det fanns en orsak till självskadan, utan uppträdde besvärat (Lindgren et al., 2004). Patienterna upplevde också att sjuksköterskorna trodde att de var galna, bara ville ha uppmärksamhet (Brown & Kimball, 2013) eller att de var kroniskt sjuka (Shaw, 2006, s. 167): *"Where other people may treat you as if you're chronic. Then you'll act chronic."*

Förutom okunskapen om självskada upplevde patienterna att sjuksköterskorna inte heller förstod deras personliga behov och beteenden (Lindgren et al., 2011; Reece, 2005 & Weber, 2002). De efterfrågade att sjuksköterskan skulle anpassa sitt beteende efter patientens sinnesstämning (Schoppmann et al., 2007). Sjuksköterskornas oförstående bemötande gav konsekvenser för patienten. Det kunde till exempel röra sjuksköterskans likgiltighet inför patientens behov av avskildhet (Weber, 2002, s. 122): *"I mean they don't understand why I want to take a shower apart from everybody. I've been raped in the shower..."*. Patienterna upplevde också att sjuksköterskorna inte kunde stötta dem (Schoppmann et al., 2007) och uppgavs även vara forcerade i kontakten då patienten mådde dåligt (Weber, 2002). Istället efterfrågades att sjuksköterskan skulle gå långsamt fram för att inte skrämmas (Weber, 2002). Att sjuksköterskan inte förstod patienternas problem innebar en stor frustration för patienterna (Smith, 2002). Patienterna kände sig utestängda och

upplevde hopplöshet. Om inte ens sjuksköterskan förstod deras problem, uppfattade patienten problemen som olösliga och som att sjuksköterskan inte ville förstå (Brown & Kimball, 2013, s. 201): *"I guess I just feel like people don't really get it and they don't really want to know about it."*

Dömande relation

Vårdrelationen kan tolkas som dömande baserat på patienternas upplevelser av sjuksköterskornas anklagande och aggressiva reaktioner vid självskada och deras stigmatiserade bild av självskadande patienter.

Patienterna upplevde att sjuksköterskorna hade för höga krav på dem att inte skada sig (Kool et al., 2009). Så länge patienten skötte sig var sjuksköterskorna förstående. Men när skador hade inträffat upplevdes sjuksköterskorna istället som anklagande och dömande, vilket fick patienterna att känna sig misslyckade och till besvär (Reece, 2005 & Smith, 2002). *"I was actually told by one [therapist] that I needed to grow up and I was stupid."* (Brown & Kimball, 2013, s. 201). När patienterna kände sig dömda upplevde de sig själva som missförstådda, vilket ledde till att de isolerade sig och avstod från att söka hjälp från sjuksköterskorna (Brown & Kimball, 2013). Patienterna berättade även om sjuksköterskornas ibland mycket starka reaktioner vid självskadeincidenter. Reaktionerna upplevdes aggressiva och patienterna berättade hur sjuksköterskorna skrikit, kritiserat och korsförhört dem. Patienterna kände då skam, skräck, panik och som att de blivit avvisade (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004 & Reece, 2005). Sjuksköterskornas intensiva reaktioner upplevdes inte hjälpa på något sätt (Rissanen et al., 2009). Istället för att bli dömda efterfrågade patienterna förståelse (Brown & Kimball, 2013 & Rissanen et al., 2009) och insikt i att de redan bar på mycket skam relaterat till självskadebeteendet. De ville bli sedda som kämpande personer som var i behov av hjälp (Brown & Kimball, 2013), närhet, tröst och stöttning (Reece, 2005 & Weber, 2002). Men patienterna dömdes och skuldbelades även sig själva om något gick fel (Lindgren et al., 2011) och kunde även uppleva sig som en börda och att vara i vägen för personalen (Smith, 2002).

Patienterna berättade även om upplevelsen av att bli objektifierad och behandlad som en sak snarare än som en människa (Lindgren et al., 2004, s. 288): *"But there I got treated totally...like a car that had been sent for repair. It was as if I didn't have a soul. It was chocking, really awful."* Patienterna tyckte även att personalen hade en stigmatiserad bild av patienter med självskadebeteende och att de inte blev behandlade med respekt, vilket fick dem att känna mindervärde. Stigmat rädde över personen, vilket kunde innebära att patienterna inte blev trodda för vad de sa utan dömda efter hur personalen såg på patienter med självskada (Lindgren et al., 2004).

Tvivel i relationen

Vårdrelationen kan tolkas som fylld av tvivel, baserat på patienternas upplevelser av kontroll genom vårdens restriktioner och patientens tvivel på sjuksköterskans kompetens och engagemang.

Sjuksköterskornas regler och restriktioner för patienterna kan tolkas som tvivel och försök till kontroll. Men istället för att bli kontrollerade önskade patienterna att de

skulle bli trodda (Weber, 2002). Att bli övervakad och rädslan för att inte kunna leva upp till sjuksköterskans strikta regler och höga förväntningar födde motstånd och ilska hos patienten. Denna metod uppfattades inte som effektiv för att minska sitt självskadebeteende (Kool, van Meijel & Bosman, 2009 & Smith, 2002). Tvärtom hävdade patienterna att det snarare ökade viljan att skada sig (Kool et al., 2009). *"...being on a ward and prevented from self-injuring makes you want to cut..."* (Smith, 2002, s. 598).

Patienternas tvivel för sjuksköterskan bestod i en misstro till kompetensen rörande vården av självskadande patienter. Flera av patienterna tyckte att sjuksköterskorna var i behov av utbildning (Brown & Kimball, 2013 & Weber, 2002) och att de borde få lära sig från riktiga patientberättelser. Några av patienterna berättade hur de själva fått lära upp sjuksköterskorna, vilket de ansåg påverkat behandlingsprocessen negativt (Brown & Kimball, 2013). Dessutom tyckte patienterna att de inte fick någon hjälp att bearbeta bakomliggande problem till självskadan så att de kunde komma vidare (Smith, 2002). De efterfrågade också att sjuksköterskorna skulle lära sig konkreta metoder för att kunna stötta patienterna när de mår dåligt (Weber, 2002).

Förutom tvivel på sjuksköterskornas kompetens så tvivlade patienterna även på deras engagemang. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna inte ansträngde sig för patienternas skull och inte ville göra något annat än förvara dem (Reece, 2005). Dessutom tyckte patienterna att sjuksköterskorna varken såg eller mötte deras behov (Lindgren et al., 2004). Eftersom patienterna tvivlade på att de skulle få hjälp att tillgodose sina behov förekom det att patienterna fann egna lösningar bakom ryggen på sjuksköterskorna (Lindgren et al., 2011, s. 9): *"So, you will take this tube of ointment...bring it home...empty it...and fill it up with the right ointment [hydrocortisone]...But now I don't do that...but I ought to do it in order to get the right treatment...I have had eczema since I was a kid so I know my body..."*. Patienterna kunde även tvivla på om vården skulle vara bra för dem. En patient berättade om sina motstridiga känslor mellan en desperat längtan att få hjälp och en rädsla att denna hjälp skulle innebära att bli exponerad och förödmjukad (Shaw, 2006).

Distanserad relation

Vårdrelationen kan tolkas som distanserad både ur en fysisk och ur en emotionell aspekt då patienten upplevde sjuksköterskan som frånvarande och att det fanns en ovilja att prata om självskada.

Den fysiska distansen i relationen kunde bestå av patientens upplevelser av att sjuksköterskan var stressad och inte fanns tillgänglig eller inte tog sig tid för samtal (Lindgren, 2004 & Smith, 2002). Men framför allt framträdde en emotionell distans i relationen. Till stora delar handlade det om att patienter och sjuksköterskor inte pratade om självskadebeteendet (Lindgren et al., 2004; Shaw, 2006; Smith, 2002 & Rissanen et al., 2009). Patienterna hade en längtan att få prata om orsakerna till självskadebeteendet och den inre smärtan de bar på (Reece, 2005). Men de upplevde istället att sjuksköterskorna undvek ämnet (Lindgren et al., 2004 & Rissanen et al., 2009) och att de inte frågade om bakomliggande orsaker till beteendet (Reece, 2005 & Smith, 2002). Medicinering kunde uppfattas som ett sätt för sjuksköterskan att

tysta ner patienterna (Smith, 2002). En patient beskriver sjuksköterskans ovilja att prata om självskada (Lindgren et al., 2004, s. 289): *"The staff seems to believe it's dangerous to talk about it, if you do, it'll come back as lots of germs who will infect people or so. It's so taboo and you should put it in a little box and then it doesn't exist."* Om patienterna kände sjuksköterskans tvekan och obehag inför ämnet, vilket de ofta gjorde, tvekade även patienterna att ta upp ämnet till diskussion (Shaw, 2006). Även sjuksköterskornas aggressiva reaktioner, då patienterna skadat sig, bidrog till distansen i relationen eftersom patienten då inte kunde förmå sig att prata med personalen (Reece, 2005).

Om sjuksköterskan var okänd för patienten sågs hon eller han som någon de inte kunde förvänta sig någon hjälp från (Lindgren, 2011 & Schoppmann et al., 2007). Det berodde på att patienterna inte litade på en person de inte kände (Schoppmann et al., 2007) och att en okänd person inte vet hur de kan hjälpa (Lindgren et al., 2011). Patienterna motsatte sig även att okända sjuksköterskor kom dem för nära fysiskt (Lindgren et al., 2004). Även patientens symtom, så som ångest, alienation och flashbacks, kan tolkas som bidragande orsak till distansen, eftersom symtomen gjorde det svårt för patienten att kommunicera med sjuksköterskorna. Självskadebeteendet kunde då vara ett sätt att visa för sjuksköterskorna att de inte mådde bra (Schoppmann et al., 2007).

Sjuksköterskornas tvekan att prata om och försöka förstå självskada fick patienterna att känna sig missförstådda, ensamma och avvisade (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004). Även brist på information kunde få patienterna att känna sig avskärmade (Lindgren et al., 2004). Patienterna kunde uppleva en stark känsla av ensamhet och övergivenhet som de förknippade med vården (Lindgren et al., 2004, s. 288): *"... you are never as lonely as when you're an inpatient in psychiatric care. You have more contact with people who support you outside the psychiatric care than inside the ward. That is a very strange situation because you came to get help."*

UPPLEVELSER AV EN TILLFREDSSTÄLLANDE VÅRDRELATION

Den tillfredsställande vårdrelation kan tolkas som omhändertagande, förstående, tillåtande och närvarande.

Omhändertagande relation

Vårdrelationen kan tolkas som omhändertagande från patienternas erfarenheter av att sjuksköterskorna var gränssättande, stöttande och förmedlade trygghet.

Sjuksköterskorna satte gränser för patienterna när de själva inte förmådde sätta gränser, vilket stärkte patientens känsla av trygghet och förtroende för sjuksköterskorna (Lindgren et al., 2004, s. 288): *"I've not been able to hold any limits nor to focus on anything. I have followed every impulse and I needed help to set the outside limits and they [staff] have been very good at that."* Patienterna kunde ha förståelse för sjuksköterskornas regler och restriktioner om de kunde se att reglerna fyllde ett syfte (Lindgren et al., 2011). Vissa patienter förväntade sig till och med att sjuksköterskorna skulle ingripa om någon skadade sig (Rissanen et al., 2009). Det var dock viktigt att sjuksköterskorna hade förmåga att avgöra när det fanns behov av att begränsa patienten (Lindgren et al., 2004). Med tiden kunde sedan

patienten själv börja sätta gränser. Sjuksköterskan satte gränser genom att begränsa den fysiska miljön men även genom att konfrontera patienten med konsekvenser av självskadorna, exempelvis då skadorna blivit värre än patienten avsåg. Patienten kunde på detta sätt få insikten att det finns ett behov av att begränsa sitt självskadebeteende. Uppfattningen av gränser förstärktes när patienterna hade en positiv känsla av samhörighet med sjuksköterskorna (Kool et al., 2009).

Den omhändertagande vårdrelationen kunde även innebära att öka patientens känsla av trygghet. Till en början kunde detta göras genom att säkerställa den fysiska tryggheten för patienten genom att försäkra patienten om att det inte förekom våld på avdelningen eller att de inte skulle bli straffade för sitt beteende (Kool et al., 2009). Patienten kunde uppleva att fysisk beröring förmedlade beskydd och trygghet om beröringen var varm, försiktig och inte krävande eller befallande (Rissanen et al., 2009 & Schoppmann et al., 2007). Känslan av fysisk trygghet kunde sedan bereda väg för en emotionell trygghet där patienten kunde låta känslor komma fram utan att vara rädd för att bli dömd (Kool et al., 2009). Sjuksköterskans förmåga att förmedla trygghet hjälpte patienten att minska sitt självskadebeteende (Weber, 2002).

Sjuksköterskorna var omhändertagande genom att stötta och ledsaga patienterna genom svåra känslotillstånd då de förlorat kontrollen och var hjälplösa (Schoppmann et al., 2007 & Weber, 2002). Vid dessa tillfällen kunde sjuksköterskan stötta genom beröring, inte lämna patienten ensam (Schoppmann et al., 2007) och prata lugnt med patienten (Weber, 2002). Sjuksköterskan kunde också göra upp planer med patienten för hur de skulle hantera infall av att skada sig och prata om konkreta metoder för att hantera svåra känslor (Shaw, 2006). En patient berättar om personalen som stöttade henne genom en flashback (Weber, 2002, s. 122): *"They [staff...] just knew everything [about me]. They guided you through and did everything they could to get you out of it, and...everything they could to make you feel safe...and clean."* Några patienter upplevde att sjuksköterskorna var alltför omhändertagande vid sårvården efter självskada. Patienterna menade att detta upprätthöll självskadebeteendet, eftersom de lärde sig att deras behov av kärlek och ömhet kunde tillgodoses på detta sätt (Kool et al., 2009). Patienterna kunde avstå från att skada sig för att inte göra sjuksköterskan ledsen (Weber, 2002). Detta kan tolkas som att patienterna var omhändertagande mot sjuksköterskan.

Förstående relation

Vårdrelationen kan tolkas som en förstående relation när patienterna upplevde att sjuksköterskorna hade kunskap om och förståelse för vad självskadebeteende innebär.

Patientens känsla av att vara förstådd kom från sjuksköterskans mångbottnade kunskap. Denna kunskap bestod dels av kännedom om självskadebeteende som fenomen, men även insikt i patienternas personliga erfarenheter och bakomliggande orsaker till självskadebeteendet (Lindgren et al., 2004; Schoppmann et al., 2007 & Weber, 2002). Den djupa förståelsen hjälpte sjuksköterskan att bättre kunna stötta patienterna och var en del i att minska självskadebeteendet (Schoppmann et al., 2007; Shaw, 2006 & Weber, 2002). Frågor som patienterna gärna tog emot från sjuksköterskan var hur deras situation såg ut (Rissanen et al., 2009), hur de mätte

och varför de skadade sig. Patienterna uppskattade även att sjuksköterskan vågade prata om självskadebeteende och om alternativ till självskada (Lindgren et al., 2004).

Då sjuksköterskorna hade god förståelse motverkades upprörda reaktioner från dem, vilket var positivt för patienten: *"The nurse did not treat me like I was crazy. She behaved understandingly towards me."* (Rissanen et al., 2009, s. 9). *"Our school nurse noticed my scars and asked about them. She was not upset because it was a familiar topic to her."* (Rissanen et al., 2009, s. 11). Att vara förstådd innebar för patienten att sjuksköterskan såg deras styrkor och utmanade dem att göra bra ifrån sig (Shaw, 2006). När sjuksköterskan trodde på patienten kunde patienten lättare öppna sig och prata om sina svårigheter (Lindgren et al., 2004). Att bli trodd innebar också för patienten att bli tagen på allvar (Kool et al., 2009). Patienterna blev bekräftade av förstående sjuksköterskor, men att vara förstådd innebar inte att sjuksköterskorna alltid var tvungna att hålla med patienten (Lindgren et al., 2004).

Tillåtande relation

Vårdrelationen kan tolkas som tillåtande när patienten upplevde sig vara i en tillåtande miljö, var accepterad som person, tillät sig själv att känna och tillät sjuksköterskan att vårda dem.

Patienterna önskade bli bemötta med värdighet (Weber, 2002). Ett värdigt bemötande från sjuksköterskan hjälpte patienten att låta sina känslor komma fram, genom att patienterna började värdera sig högre. En patient erfor att behandlingen fungerade tack vare personalens tillåtande attityd (Shaw, 2006, s. 168): *"I think the fact that she [therapist] didn't pressure me about it helped...made me willing to tell her when I'd cut because I didn't feel like she'd be upset with me for doing it."* En tillåtande miljö kunde innebära att patienten fick tid på sig (Rissanen et al., 2009) och tilläts att utvecklas i sin egen takt. Det ökade patientens känsla av värde, vilket i sig ledde till att de litade på att sjuksköterskan skulle hjälpa dem (Lindgren et al., 2004).

Patienterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle låta dem vara sig själva med tillgångar, längtan och behov istället för att bara se en person med problem. Patienterna kände sig accepterade när sjuksköterskan var vänlig, artig, öppen och gav av sin tid (Lindgren et al., 2004). Att bli accepterad innebar att både patientens styrkor och svagheter erkändes. Även om sjuksköterskan motsatte sig självskadebeteendet så accepterade de patienten som person (Kool et al., 2009, s. 28): *"The carers told me they did not disapprove of me as a person, but because of what I did. For me this meant there was nothing wrong with my character, my personality."* När sjuksköterskan såg den unika människan bakom självskadan kände sig patienterna respekterade, vilket stärkte dem (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004). Dessutom kände sig patienterna värdefulla när sjuksköterskorna tillät dem delta i sin egen vård och ta ansvar för sina behov och handlingar (Lindgren et al., 2004).

Sjuksköterskor uppfattades som möjliga hjälpare (Rissanen et al., 2009) och att få vård kändes som att bli tagen på allvar (Shaw, 2006). Men för att söka och ta emot hjälp var det också viktigt att patienterna hade förtroende för sjuksköterskan och att sjuksköterskan hade respekt för patientens autonomi och kunskap. Patienterna gjorde

även val att tillåta eller neka sjuksköterskan att hjälpa dem (Schoppmann et al., 2007). Det blev extra viktigt då sjuksköterskans omsorg innehöll fysisk kontakt med patienten. *"If there would be someone with whom I have no trusting relation I would of course not allow a touch, I would not say a word, I would not show a feeling. Nothing! Only someone I trust."* (Schoppmann et al., 2007, s. 594).

Närvaro i relationen

Patienternas upplevelser av att sjuksköterskorna fanns tillgängliga för dem i både bra och svåra stunder kan tolkas som att sjuksköterskan var närvarande i vårdrelationen. I denna relation tillbringade patienter och sjuksköterskor tid tillsammans genom att umgås.

Att vara närvarande kunde innebära att sjuksköterskan tog sig tid och satte sig ner för samtal med patienten (Rissanen et al., 2009; Smith, 2002 & Weber, 2002) eller bara påtalade att de var tillgängliga för patienten (Rissanen et al., 2009). En patient berättar om hur sjuksköterskornas bemötande hjälpte henne att minska sitt självskadebeteende (Weber, 2002, s. 123): *"...because many times, just having someone there to talk to and talking to you, soft and caring. It takes the anger side...away."* Men patienterna menade att sjuksköterskan inte alltid måste prata för att hjälpa. När det var svårt kunde patienten uppleva lindring av sjuksköterskans blotta närvaro. Sjuksköterskan förmedlade förståelse bara genom att stanna kvar hos patienten när det var som svårast (Schoppmann et al., 2007).

Patienten upplevde det betydelsefullt att sjuksköterskorna fanns närvarande för dem även i vardagen, vid sidan om vårdtillfällena (Lindgren et al., 2004). Detta kunde uppnås genom att sjuksköterskan regelbundet hörde av sig till patienten per telefon, för att höra hur de mårde, eller genom att patienten själv fick ringa. För vissa patienter var denna regelbundna kontakt en del i processen att sluta självskada (Lindgren et al., 2004 & Shaw, 2006). En patient berättar (Shaw, 2006, s. 168): *"What made me really stop was when I went to DBT...they're good for something. Only because they would check in with you every day and you didn't want to have to tell them, 'I cut.'..."*

Patienten pratade gärna med sjuksköterskan om allt möjligt och inte bara om svårigheter och självskadebeteende (Rissanen et al., 2009). Patienten kände samhörighet och gemenskap när de umgicks med sjuksköterskorna så länge relationen upplevdes som jämlik (Lindgren et al., 2004 & Lindgren et al., 2011). Känslan av samhörighet ökade också när sjuksköterskan lyssnade och tog dem på allvar. I och med det kunde patienterna ta sig själva på allvar (Kool et al., 2009 & Lindgren et al., 2004). Detta stärkte dem, ökade deras känsla av värde och hjälpte till att begränsa självskadorna (Kool et al., 2009). Relationen kunde utvecklas genom exempelvis samtal, sällskapsspel och uttryck av omsorg för varandra. Detta ökade patientens välbefinnande (Lindgren et al., 2011). Patienterna uppfattade vårdrelationen som betydelsefull för vården (Lindgren et al., 2004).

DISKUSSION

I detta avsnitt följer en diskussion om metod och resultat. Metoddiskussionen rör val av metod, sökningar, kvalitetsbedömning och analys. Resultatdiskussionen innehåller resonemang kring resultatets nio subteman och avslutas med en diskussion om deras betydelse för vårdandet.

METODDISKUSSION

Val av metod

Målet med detta fördjupningsarbete var ökad förståelse för patienters upplevelser av vårdrelationen. En kvalitativ metod fungerar därför bra att använda eftersom den inriktas på just ökad förståelse (Friberg, 2006). Artiklarna med kvalitativ metodik som användes fungerade bra som underlag till analysen, då det gav möjlighet att få material om patienternas upplevelser. Artiklarnas användbarhet skulle kunna ifrågasättas med argumentet att det inte går att dra slutsatser med så få deltagare i varje studie. Men att mäta och fastställa generell kunskap är inte de kvalitativa studiernas uppgift. Här är istället djup förståelse målet (Dahlborg Lyckhage, 2006), vilket också framhölls i några av studierna (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004; Schoppmann et al., 2007 & Smith, 2002). Trots ett ringa deltagarantal kan datamängden vara stor eftersom insamlad data från varje deltagare kan vara mer omfattande (Lindgren et al., 2004; Schoppmann et al., 2007; Shaw, 2006 & Weber, 2002). Metoden att bearbeta artiklarna genom metasyntesinspirerad analys gav en möjlighet att sammanföra kunskap, men även bredda innebörden av artiklarnas innehåll (Friberg, 2006).

Valet att utelämna personalens perspektiv på vårdrelationen kan tyckas vara otillräckligt då en relation kräver minst två parter. Men sjuksköterskan kan sägas ha ett större ansvar för att vårdrelationen ska fungera än patienten har. Patienternas upplevelser kan också bidra till att öka förståelsen för hur sjuksköterskans agerande påverkar vårdrelationen och patienten. Detta kan underlätta för sjuksköterskan att förstå orsak och verkan i interaktionen med patienten och därigenom öka möjligheten att förbättra vårdrelationen. I förlängningen leder det förhoppningsvis till att patienten stärks, upplever ökad hälsa, ökat välbefinnande och finner andra sätt att hantera svåra känslor än att skada sig själv.

Sökning

Det visade sig vara svårt att formulera sökningar som fångade in relevanta artiklar, men som inte innehöll alltför många träffar. Val av andra sökord och databaser skulle möjligen kunna ge fler relevanta träffar (Östlundh, 2006). Bristen på vedertagna definitioner av olika typer av självskadebeteende försvårade sökningsarbetet, eftersom de flesta artiklar i träfflistan hade andra definitioner av självskada. För att få ut maximalt av sökningarna var begränsningarna tvungna att justeras, vilket innebar en viss inskränkning i systematiken. Bredare sökningar utan begränsningar utfördes också för att öka antalet träffar (Östlundh, 2006), men bidrog ändå inte till fler användbara artiklar. Flera artiklar återkom i de olika sökningarna, vilket skulle kunna vara ett tecken på att sökningarna täckte in stora delar av ämnesområdet.

Intentionen i början av sökningsarbetet var att så många artiklar som möjligt skulle vara från Sverige eller Norden. Tanken med det var att det lättare skulle gå att jämföra och dra slutsatser utifrån vårdsystem som är bekanta. Slutligen kom ändå bara tre av artiklarna från Norden (Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011 & Rissanen et al., 2009). Det visade sig dock att patienterna i de tio olika studierna generellt sett hade liknande upplevelser av vårdrelationer. Detsamma gällde studiernas ålder. Studiers aktualitet kan ifrågasättas om de är alltför gamla. Men eftersom det var svårt att hitta tillräckligt många relevanta artiklar valdes ändå två artiklar som var äldre än tio år (Smith, 2002 & Weber, 2002). Det fanns emellertid inga uppenbara skillnader i resultaten relaterat till studiernas ålder.

Sökningarna resulterade i studier där majoriteten av patienterna var kvinnor. I de tio studierna var endast en patient man (Brown & Kimball, 2013). Forskarna i flera studier hävdade att de inte medvetet hade uteslutit män, utan att det bara var kvinnor som ställt upp (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011; Schoppmann et al., 2007 & Smith, 2002). Detta behöver inte innebära att självskadeproblematiken är obetydlig bland män, utan att det bara inte uppmärksammas. Socialstyrelsen (2004a) fick till exempel i uppdrag av regeringen att kartlägga den befintliga kunskapen om självskadebeteende. Men uppdraget omfattade bara kvinnors självskadebeteende. Detta visar att trots den begränsade kunskapen förutsätts att problematiken bara finns bland kvinnor. Yates (2004) menar att kvinnors överrepresentation i studier om självskadebeteende delvis kan förklaras med att studierna baseras på patienter inom psykiatrin, där kvinnor är överrepresenterade. Yates (2004) skriver även att så länge det inte finns entydiga definitioner och benämningar av olika typer av självskadebeteende är det omöjligt att få en samlad bild av hur förekomsten ser ut.

Analys

Analysen av studierna gjordes i en strävan att följa Fribergs (2006) beskrivning av att analysera kvalitativ forskning. Men eftersom studierna hade skilda frågeställningar och olika metodik varierade presentationen av resultaten mycket. Detta skapade problem med att sammanföra materialet i form av befintliga teman, kategorier och liknande. Därför delades relevanta delar av texten in i mindre beståndsdelar, i form av meningsbärande enheter. Det var en avvägning mellan att få ut så mycket som möjligt av texten, genom att tolka fram tillräckligt många meningsbärande enheter, och att inte splittra texten så mycket att den ursprungliga innebörden gick förlorad. Likaså var det en balansgång att tolka artiklarna utifrån detta fördjupningsarbets frågeställning och samtidigt följa Fribergs (2006) anvisning att behålla texternas innebörd.

Formandet av subteman, enligt Fribergs (2006) beskrivning, innebar en avvägning mellan att forma ett begränsat antal subteman, men samtidigt inte så stora att de förlorade sin innebörd. Många subteman har beröringspunkter med varandra och är därför överlappande till viss del. Men även om det finns likheter och beröringspunkter har alla subteman olika kärnpunkter.

Kvalitetsbedömning

Kvaliteten av kvalitativa studier uppskattas genom att bedöma deras tillförlitlighet (Willman et al., 2011). För att öka tillförlitlighet vid genomförande av detta fördjupningsarbete har riktlinjer följts enligt Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien. Vidare är metodiken baserad på Fribergs (2006) beskrivning av tillvägagångssätt för litteraturbaserade examensarbeten.

Tillförlitligheten skulle dock kunna ifrågasättas med tanke på att det utförts av endast en person. Därigenom minskade möjligheten till att se olika tolkningsmöjligheter men även möjligheten att kontrollera varandras arbete. Som ett försök att trots detta säkerställa tillförlitligheten genomarbetades artiklarna och analysmaterialet många gånger om under hela arbetsprocessen.

Protokollet som användes för utvärdering av artiklarnas kvalitet (Willman et al., 2011) hjälpte till att skapa systematik i bedömningen. Om kvalitetsprotokollet i slutändan medförde en god kvalitetssäkring är mer oklart, eftersom en korrekt bedömning kräver stor kunskap och erfarenhet av forskningsmetodik.

Kvalitetsprotokollet reviderades genom att utesluta bedömningspunkterna om data- och analysmättnad, eftersom det inte gick att göra en rimlig bedömning av detta. En brist som framträder i flera artiklar var en alltför sparsam redovisning av metodiken (Kool et al., 2009; Reece, 2005; Shaw, 2006; Smith, 2002 & Weber, 2002), vilket försvårade kvalitetsbedömningen. Alla studier utom två (Shaw, 2006 & Weber, 2002) hade etiska resonemang. Några studier hade ett mer omfattande resonemang kring risken för att patienterna skulle påverkas negativt av sitt deltagande i studierna (Lindgren et al., 2011; Reece, 2005; Rissanen et al., 2009 & Schoppmann et al., 2007). Forskarna var här till exempel uppmärksamma på patienternas reaktioner under intervjuerna och patienterna fick när de ville avsluta intervjuer och deltagandet i studien. Patienterna fick här också chans att prata med forskarna efter intervjuerna om de önskade.

RESULTATDISKUSSION

Den *ojämlika vårdrelationen*, där patienten känner sig underordnad sjuksköterskan (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011; Rissanen et al., 2009 & Schoppmann et al., 2007), kan relateras till Kaséns (2012) beskrivning av den icke-vårdande relationen där patienten upplevde sig bli fråntagen makten. Maktlöshet gav en känsla av kränkt värdighet och ett ökat lidande. Enligt Bergs (2006) beskrivning av formandet av vårdrelationen är det möjligt att patienten får känslan av maktlöshet från vårdrelationens tillkomst vare sig relationen är vårdande eller inte. Slutsatsen av detta är att vårdrelationen i sig kan vara en stressfaktor för patienten. När dessutom vårdmiljön är hårt begränsande ökar risken för patienterna att känna sig maktlösa. Sjuksköterskan kan därför behöva vara extra uppmärksamma på dessa aspekter. Enligt både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) har sjuksköterskan ett ansvar att bemöta patienten med respekt för dennes värdighet. I den ojämlika vårdrelationen uppfyller inte sjuksköterskan detta.

Den *dömande vårdrelationen* ligger också nära Kaséns (2012) icke-vårdande relation där patienten i båda fallen upplevde sig bli objektifierad (Kasén, 2012 & Lindgren et al., 2004). Den dömande vårdrelationen upplevdes av patienterna också som kravfull

(Brown & Kimball, 2013; Kool et al., 2009; Reece, 2005 & Smith, 2002). Höga krav med orimliga förväntningar på patienten kan sammankopplas med Forchuks et al. (1995) beskrivning av interaktionsmönster. Interaktion som utmanar kan leda till förändring, men kan även ge ångest. Sjuksköterskans utmaningar för patienten måste därför hållas på en rimlig nivå för att inte skapa för stor stress. De höga krav som patienten upplevde handlade exempelvis om att kunna behärska sig och motstå självskadeimpulser. Det kan då tyckas vara rimligt att sjuksköterskan ska klara av att behärska sig, vilket inte alltid är fallet. Ett sätt för sjuksköterskan att hålla sig mer neutral skulle kunna vara att bli mer medveten om sina känslor, sitt beteende och sin roll i relationen. Även här kan Forchuks et al. (1995) beskrivning av interaktionsmönster vara ett sätt att analysera hur och varför sjuksköterskan och patienten reagerar som de gör. I den dömande vårdrelation reagerade sjuksköterskan starkt på patienternas självskador, vilket inte stärkte patienten utan istället gav skam, skuld, rädsla och känslan av misslyckande (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004; Reece, 2005 & Rissanen et al., 2009). Detta stärks av Sterners (2012) inställning att sjuksköterskan bör vara försiktig med starka känslouttryck. Sjuksköterskans starka reaktioner skulle kunna förklaras med Forchuks et al., (1995) beskrivning av hur människors sinnesstämning smittar. Patientens ångest och smärta kan alltså drabba sjuksköterskan. Men det innebär också att sjuksköterskans känslor måste hanteras av patienterna. Enligt Smith (2002) var sjuksköterskans starka reaktioner och höga krav på patienten att inte skada sig delvis ett resultat av att de kände sig ansvariga för patientens självskador. Dessa känslor kunde bota i att sjuksköterskorna upplevde press från ledning att åstadkomma något omöjligt, nämligen att självskadande patienter inte skadar sig. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) kräver att sjuksköterskan främjar goda kontakter mellan vårdpersonalen och patienten. Likaså beskrivs det hur sjuksköterskan ska kommunicera med patienten på ett lyhört och empatiskt sätt i kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). Den dömande vårdrelationen tyder på att sjuksköterskor brister i kraven på att upprätthålla en god kontakt och kommunikation med patienten.

I den *oförstående vårdrelationen* upplevdes sjuksköterskan som okunnig (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011; Reece, 2005; Rissanen et al., 2009; Smith, 2002 & Weber, 2002). När sjuksköterskan upplevs ha brister i kompetensen skadas tilliten (Kasén, 2002). Patienter med självskadebeteende har ofta redan svårt att känna tillit till andra (Sterners, 2012), vilket skulle kunna innebära att det blir ännu viktigare att sjuksköterskan har kunskap för att kunna bygga tillit. McHale & Felton (2010) beskriver hur utbildning av sjuksköterskor gav en högre kvalitet på vården för självskadande patienter, genom att minska den negativa attityden hos sjuksköterskorna och öka förståelsen för självskada. Kunskapens positiva effekt för vården framkom även i resultatet av patienternas upplevelser av den *förstående vårdrelationen* (Lindgren et al., 2004; Rissanen et al., 2009; Schoppmann et al., 2007; Shaw, 2006 & Weber, 2002). Sjuksköterskans kompetens kan också vara en drivkraft i forandet av vårdrelationen (Berg, 2006). I den oförstående vårdrelationen tycks sjuksköterskan brista i sin personliga och professionella utveckling. Enligt kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) har sjuksköterskan ansvar att engagera sig i sin kompetensutveckling. Här kan dock ledningen anses ha ett stort ansvar att se till att sjuksköterskan får möjlighet att utvecklas.

I en *tvivlande vårdrelationen* ifrågasatte patienten sjuksköterskans kompetens och engagemang (Brown & Kimball, 2013; Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011; Reece, 2005; Rissanen et al., 2009; Schoppmann et al., 2007; Smith, 2002 & Weber, 2002). Sjuksköterskans brist på tillit för patienten kunde uttydas i vårdens regler och restriktioner (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004; Smith, 2002 & Weber, 2002). Samtidigt uppskattade patienterna den trygghet de upplevde av att sjuksköterskan satte gränser i den *omhändertagande vårdrelationen* (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011 & Rissanen et al., 2009). Dessutom upplevdes sjuksköterskans tillåtande attityd som positiv i den *tillåtande vårdrelationen* (Kool et al., 2009; Lindgren et al., 2004; Rissanen et al., 2009 & Shaw, 2006). Resultatet att regler och restriktioner framstår som både skadliga och nödvändiga för patienter med självskadebeteende kan tyckas vara motsägelsefulla. Sjögren (2010) beskriver vikten av att sjuksköterskan sätter gränser när patientens beteende inte är acceptabelt genom att förmedla förståelse men samtidigt tydliggöra att alla behov inte kan tillfredsställas. Sjuksköterskan tar då ansvar för patienten. Men om sjuksköterskan sätter gränser i de fall det inte behövs behandlas patienten ovärdigt och blir kränkt. Sjögren (2010) menar också att gränssättning kräver en stor medvetenhet, mod, engagemang och närvaro från personalen. Det finns forskning som pekar på att självskadeincidenter är något färre på avdelningar där personalen inte använder så mycket begränsande och kontrollerande åtgärder (Bosman & van Meijel, 2008). Sterner (2012) hävdar att ansvaret bör vila på patienten, men att en viss kontroll är nödvändig. Patienten ska exempelvis inte lämnas ensam för långa stunder och personalen ska finnas tillgänglig då patienten mår dåligt. Likaså är det viktigt att beakta att patienter även kan må dåligt då andra patienter skadar sig. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan tillgodose patientens säkerhet och respektera patientens autonomi och självbestämmanderätt. Detta kan bli ett svårt etiskt dilemma för sjuksköterskan. Ska sjuksköterskan hindra patienten från att skada sig för att främja säkerheten, eller respektera patientens autonomi och självbestämmanderätt genom att tillåta självskada?

I den *distanserade vårdrelationen* framträder bristen på en tillitsfull relation. Tillit behövs för att patienten ska ta emot vård. Här upplevdes sjuksköterskan som en främling (Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011 & Schoppmann et al., 2007) och patienten kände sig ensam (Lindgren et al., 2004; Rissanen et al., 2009; Shaw, 2006 & Smith, 2002). Sterner (2012) menar att det viktigaste för sjuksköterskan är att skapa en tillitsfull relation till patienten, eftersom det är det enda sättet att få till stånd en god behandling. Schoppmann et al. (2007) beskrev exempelvis att när patienten tar emot hjälp innebär det att exponera sig, vilket gör det viktigt att patienten litar på personalen. Att inte ta emot hjälp kan vara ett sätt att skydda sig om patienten känner sig otrygg i vårdrelationen (Schoppmann et al., 2007). Distansen kunde också komma från sjuksköterskan. Då sjuksköterskorna upplevde patienternas problem som olösliga distanserade de sig från dem (Smith, 2002).

Den *omhändertagande vårdrelationen* innebar, förutom trygghet och gränser, att sjuksköterskan stöttade patienten (Kool et al., 2009; Schoppmann et al., 2007; Shaw, 2006 & Weber, 2002). Även om vårdrelationen var tillfredsställande kunde den ändå innebära ett ökat självskadebeteende. Kool et al. (2009) fann exempelvis att sjuksköterskans överdrivna omsorg vid sårvård efter självskada gav ett ökat självskadebeteende, då patienterna på detta sätt hoppades få mer kärlek och ömhet

från sjuksköterskan. Till detta kan relateras Sterners (2012) rekommendation att sjuksköterskan varken bör visa alltför stor omsorg eller överdriva sina känslouttryck. Ur detta kan läsas att patienten inte bör ges närhet och omsorg under omständigheter som uppmuntrar självskada som ett sätt att må bättre. Patienten kan tänkas behöva mer närhet, men under andra sammanhang när han eller hon inte skadat sig. Detta för att visa att det går att finna lindring på andra sätt.

I subtemat *närvaro i vårdrelationen* spenderar sjuksköterskan och patienten tid tillsammans, samtalar och umgås (Lindgren et al., 2004; Lindgren et al., 2011; Rissanen et al., 2009; Schoppmann et al., 2007; Shaw, 2006; Smith, 2002 & Weber, 2002). Detta kan liknas vid Bergs (2006) beskrivning av det ömsesidiga närmandet som gav en känsla av gemenskap och medförde att patientens känsla av sårbarhet minskade. Men även den nära relationen kunde medföra svårhanterliga känslor (Sterners, 2012). Kool et al. (2009) beskrev hur patienterna kunde uppleva frånvaron av relationer men i synnerhet mycket nära relationer som en trigger för självskada. Patienterna menade att en viktig del i att begränsa sin självskada bestod i att lära sig hantera andra människor och inte bara sina egna känslor (Kool et al., 2009). Detta signalerar att det är viktigt att sjuksköterskan har förmåga att hålla reda på hur relationen utvecklas även åt det positiva hållet. Därför kan Kaséns (2012) beskrivning av den vårdande relationen som ett syskonskap tänkas vara problematisk för självskadande patienter, eftersom en sådan relation skulle kunna bli för distanslös.

Enligt resultatet i detta fördjupningsarbete är det inte ovanligt att patienter upplever att sjuksköterskan är dömande, tvivlande, oförstående, auktoritär och distanserad. Detta indikerar att sjuksköterskan har stora brister i sitt yrkesutövande och bryter mot hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). I vissa fall kan nog patienternas upplevelser grunda sig i verkliga brister i sjuksköterskans yrkesutövning. Men patienternas upplevelser av sjuksköterskans felaktiga bemötande behöver inte alltid innebära att sjuksköterskan beter sig direkt olämpligt eller felaktigt. Patienternas negativa upplevelser skulle till viss del kunna förklaras med Sterners (2012) beskrivning av hur denna patientgrupp har svårt att känna tillit och relatera till sin omgivning. Men även om sjuksköterskor inte bryter mot hälso- och sjukvårdslagen och kompetensbeskrivningen kvarstår ändå problemet att patienterna upplever ett svårt vårdlidande. Detta visar på ett behov av att på allvar se över vården av patienter med självskadebeteende och att sjuksköterskan måste bli bättre på att anpassa omvårdnaden och sitt bemötande efter patientens behov.

Baserat på resultat och diskussion följer nedan reflektioner över vilken betydelse denna kunskap kan ha för vårdandet av självskadande patienter:

Tid: För att vårda patienter med självskadebeteende behövs en tillitsfull vårdrelation som grund mellan patient och sjuksköterska. För att få till stånd en sådan relation behöver patient och sjuksköterska få tid med varandra för att umgås, samtala och lära känna varandra. Om personalstyrkan är stor skulle det kunna vara lämpligt att utse några få kontaktpersoner där en närmare relation kan byggas upp, för att ge känslan av trygghet. När sjuksköterskan lär känna patienten blir det lättare att anpassa omvårdnad och effektiva interventioner efter patientens behov.

Acceptans och trygghet: För att patienten ska må bra måste denne känna sig accepterad och trygg. Detta innebär att det måste finnas en balans mellan regler och

restriktioner, möjlighet att uttrycka sig och att tillfredsställa sina behov. För att sjuksköterskan ska lyckas med detta behövs genomtänkta och tydliga rutiner att arbeta efter. Sjuksköterskan bör vara tydlig mot patienten med vilka regler som gäller och förklarar varför reglerna finns och vilket syfte de fyller. Här gäller att samtidigt bekräfta patienten som person och tydliggöra att det är vissa beteenden som inte accepteras och det inte har med patientens person att göra. Det måste också innebära att sjuksköterskan förhåller sig kritiskt till uppsatta regler så att de inte används som maktmedel eller på grund av osäkerhet.

Stöttning: Patienten behöver få hjälp att hantera svåra känslor på andra sätt än att skada sig. Det kan handla om att inte lämna en patient ensam under svår ångest eller att prata öppet om patientens lidande och självskadebeteende. Men att stötta kan också innebära att hjälpa patienten till en stimulerande vardag för att i längden själv kunna hantera svåra känslor. Det kan även handla om att hjälpa patienten att se sina styrkor och möjligheter, vilket ger hopp om framtiden. I längden är målet att bli av med självskadan, men det bör inte vara fokus i det dagliga mötet med patienten. Fokus bör snarare vara de bakomliggande känslorna som leder till självskadan.

Kunskap: Sjuksköterskan behöver utbildning om självskadebeteende för att få ökad förståelse för patienterna och därmed kunna förbättra vården. Dessutom behövs kunskap om interventioner som hjälper patienten.

Handledning: Vård av patienter med självskadebeteende kan vara ett tungt och svårt arbete för sjuksköterskan. Därför behövs stöd och handledning även för sjuksköterskan. Det handlar om att få chans att bearbeta känslor relaterat till vården, men även att samla personalstyrkan och få ett gemensamt synsätt. Om personalen blir samspelt och känner trygghet och styrka i varandra blir det lättare att ge en god vård.

SLUTSATS

Ur resultatet i detta fördjupningsarbete kan utläsas att självskadande patienter har upplevelser av vårdrelationen som både otillfredsställande och tillfredsställande. Resultatet tyder på att patienter upplever vårdrelationen som betydelsefull för välbefinnandet och för arbetet med att reducera sitt självskadebeteende. Tillit eller brist på tillit framträder som en viktig aspekt för huruvida en fungerande vårdrelation kan komma till stånd.

FORTSATT FORSKNING

Fortfarande saknas kunskap om effektiva interventioner vid behandling av självskadande patienter. För att få en bättre fungerande vård för självskadande patienter behöver olika interventioner tas fram som kan testas genom kvantitativa studier. För att kunna göra användbara studier som kan jämföras och följas upp över tid krävs att tydliga definitioner och benämningar fastställs för olika typer av självskadebeteende. Utbildningsprogram för personalen behöver utformas. Förslagsvis skulle dessa utbildningsprogram tas fram i samverkan med personer som har egen erfarenhet av att bli vårdad i samband med självskada.

REFERENSER

Asp, M., & Ekstedt, M. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 417-487). Lund: Studentlitteratur.

Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård* (Doktorsavhandling). Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Hämtad 2013-09-01 från <http://hdl.handle.net/2077/743>

Bosman, M., & van Meijel, B. (2008). Perspectives of Mental Health Professionals and Patients on Self-Injury in Psychiatry: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 180-189. doi:10.1016/j.apnu.2007.07.006

Brown, T. B. & Kimball, T. (2012). Cutting to Live: A Phenomenology of Self-Harm. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 195-208. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00270.x

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 17-26). Lund: Studentlitteratur.

Fjellman, L. (2011). *Självskadande och suicidalt beteende hos ungdomar*. Stockholm: Liber.

Forchuk, C., Sieloff Evans, C. L., & O'Connor, N. (1995). *Anteckningar om Omvårdnadsteorier II*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, I. (2010). Vårdmiljön – spelar den någon roll? I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (s. 339-355). Lund: Studentlitteratur.

Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuksköterska' i en vårdande relation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 99-113). Lund: Studentlitteratur.

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. (Doktorsavhandling), Åbo: Åbo Akademis förlag.

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*, 23(1), 25-31. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.012

- Lindgren, B.-M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 284-291. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00712.x
- Lindgren, B.-M., Öster, I., Åström, S., & Hällgren Graneheim, U. (2011). 'They don't understand...you cut yourself in order to live.' Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*, 6(3), 1-13. doi:10.3402/qhw.v6i3.7254
- Lundh, L-G. (2012). *Behandlingseffekter på självska debeteende – vad visar forskningen*. (Bilaga 2B i Delrapport till Socialdepartementet 2012, Nationella självska deprojektet). Hämtad 2013-10-29 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/sjalvska dor
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Tano.
- McHale, J., & Felton, A. (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 732-740. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x
- Nationella självska deprojektet. (2013). *Nationella självska deprojektet prövar nya behandlingsmodeller*. Hämtad 2013-09-10 från <http://www.nationellasjalvska deprojektet.se/vard--vardgrannar/nya-behandlingsmodeller.html>
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Basingstoke: Macmillan Education.
- 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. doi:10.1080/01612840590959380
- Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Descriptions of Help by Finnish Adolescents Who Self-Mutilate. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 7-15. doi:10.1111/j.1744-6171.2008.00164.x
- Rydenlund, K. (2010). Hopp och hopplöshet. I L. Wiklund Gustin, (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå*. (s. 275-295). Lund: Studentlitteratur.
- 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 behavior. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(6), 587-597. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01150.x
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen.

- Shaw, S. N. (2006). Certainty, Revision and Ambivalence: A Qualitative Investigation into Women's Journeys to Stop Self-Injuring. *Women & Therapy*, 29(1-2), 153-177. doi:10.1300/J015v29n01_08
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviours: Phenomenology and Assessment. In D. Simeon & E. Hollander, (Ed.), *Self-Injurious Behaviours: Assessment and Treatment* (s. 1-28). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sjögren, R. (2010). Makt och maktlöshet. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (s. 255-273). Lund: Studentlitteratur.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri: själ - kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.
- Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 711-273). Lund: Studentlitteratur.
- 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. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00512.x
- Snellman, I. (2009). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (s. 377-407). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2004a). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Artikelnr 2004-123-41
- Socialstyrelsen. (2004b). *Flickor som skadar sig själva - En kartläggning av problemets omfattning och karaktär*. Artikelnr 2004-107-1
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr 2005-105-1
- Socialstyrelsen. (2012). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2011*. Artikelnr 2012-10-27
- Sterner, T. (2012). *Behandling av Självskadande beteende hos unga kvinnor – Samlade erfarenheter från 25 års arbete med unga kvinnor med självskadande och omfattande psykiatrisk problematik*. (Bilaga 2C i Delrapport till Socialdepartementet 2012, Nationella självskadeprojektet). Hämtad 2013-10-29 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/sjalvskador
- Söderberg, S. (2008). ”Skära för livet”. I R. Stain (Red.), *Självskadande beteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga* (s. 37-48). Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Toftagen, R., & Fagerstrøm, L. (2010). Clarifying self-harm through evolutionary concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(3), 610-619. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00749.x

Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing, 16*(3), 118-124. doi:10.1053/apnu.2002.32948

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35–74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology, 41*(5), 759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5

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

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

BILAGA 1

Tabell 1. Sökresultat

Databas	Sökord	(Begränsningar)	Antal träffar	Använda referenser
Scopus	self-harm* AND qualitative	- Title-Abstract-Keywords - Nursing och Psychology	70	Lindgren B-M, Wilstrand C, Gilje F & Olofsson B (2004) Brown, T. & Kimball, T. (2013)
Scopus	self-injur* AND qualitative	- Title-Abstract-Keywords - Nursing	28	Kool, N. van Meijel, B. & Bosman, M. (2009) Schoppmann, S. Schröck, R. Schnepp, W. & Büscher, A. (2007)
Scopus	self-harm* AND inpatient	- Title-Abstract-Keywords - Nursing	37	Lindgren, B-M. Öster, I. Åström, S. & Hällgren Graneheim, U. (2011)
Scopus	self-mutilat* AND qualitative	- Title-Abstract-Keywords	20	Rissanen, M-L. Kylmä, J. & Laukkanen, E. (2009) Shaw, S. N. (2006)
Cinahl	self-injur* AND qualitative	- Peer reviewed - Engelskt språk	66	Weber, M. T. (2002) Reece, J. (2005)
Cinahl	self-injur* AND perception*	- Peer reviewed - Engelskt språk	34	Smith, S. E. (2002)

* Endast de sökningar som resulterade i använda referenser redovisas.

BILAGA 2

Tabell 2. Kvalitetsbedömning.

	Tydligt beskrivet syfte?	Tydligt beskriven patientkaraktistika?	Presenteras kontexten?	Etiskt resonemang?	Relevant urval?	Tydligt beskriven metod?	Är resultatet logiskt?	Tydligt redovisat resultat?
Brown, T. & Kimball, T. (2013)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Kool, N. van Meijel, B. & Bosman, M. (2009)	ja	ja	ja	ja	ja	nej	ja	ja
Lindgren B-M, Wilstrand C, Gilje F & Olofsson B (2004)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Lindgren, B-M. Öster, I. Åström, S. & Hällgren Graneheim, U. (2011)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Reece, J. (2005)	ja	nej	ja	ja	ja	nej	ja	ja
Rissanen, M-L. Kymä, J. & Laukkanen, E. (2009)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Schoppmann, S. Schröck, R. Schnepf, W. & Büscher, A. (2007)	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Shaw, S. N. (2006)	ja	ja	ja	nej	ja	nej	ja	ja
Smith, S. E. (2002)	ja	nej	ja	ja	ja	nej	ja	ja
Weber, M. T. (2002)	ja	ja	ja	nej	ja	nej	ja	ja

BILAGA 3

Tabell 3. Artikelöversikt.

Författare/ publikationsår	Syfte	Metod	Resultat	Antal referenser	Kvalitetsbedömning
Brown, T. & Kimball, T. Journal of Marital and Family Therapy 2013	Att undersöka vilken innebörd självskadebeteendet har för personer med självskadebeteende.	Fenomenologisk metod med semistrukturerade djupintervjuer.	Ur personernas erfarenheter framkom tre kategorier; självskadebeteende är missuppfattat, självskadebeteende fyller en funktion och råd till vårdpersonal. Råden innefattar; döm oss inte, vi är inte suicidala och utbilda er.	47	Hög
Kool, N. van Meijel, B. & Bosman, M. Archives of Psychiatric Nursing 2009	Att hitta faktorer som bidrar till att personer slutar med sitt självskadebeteende och hur den processen ser ut.	Semistrukturerade intervjuer och analys genom grounded theory.	Processen att sluta med självskadebeteende består av sex olika faser; kontakt och gränssättning, ökad självkänsla, lära sig förstå sig själv, autonomi, sluta självskada och slutligen upprätthållandefasen.	11	Medel: Metoden ot tydligt beskriven.
Lindgren B-M, Wilstrand C, Gilje F & Olofsson B Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2004	Att beskriva vilka erfarenheter personer med självskadebeteende har av vården och hur de önskar att vården såg ut	Narrativa intervjuer och kvalitativ innehållsanalys.	Ett övergripande tema framkom ur deltagarnas upplevelse av och önskan om vård; en kamp om hoppfullhet genom tillfredsställda och otillfredsställda förväntningar på att bli bekräftad. Subteman som framkom var; bli sedd-inte bli sedd, bli värderad-bli stigmatiserad, vara i kontakt-vara frånkopplad, bli trodd-inte bli trodd och bli förstådd- inte bli förstådd.	32	Hög

<p>Lindgren, B-M. Öster, I. Åström, S. & Hällgren Graneheim, U.</p> <p>International Journal of Qualitative Studies of Health and Well- being</p> <p>2011</p>	<p>Att åskådliggöra tolkningsrepertoarer som bygger upp interaktionen mellan patienter med självskadeteende och vårdpersonal.</p>	<p>Observationer, intervjuer och analys med hjälp av diskurspsykologi.</p>	<p>Fyra tolkningsrepertoarer framkom som bygger upp interaktionen mellan vårdpersonal och patienter. Vårdpersonalen använde en fostrande repertoar och en stöttande repertoar. Patienterna använde en offerrepertoar och en expertrepertoar. Personalen och patienterna placerade sig själv och andra runt sig i de fyra olika repertoarerna för att kunna förstå sina upplevelser av interaktionen.</p>	<p>53</p>	<p>Hög</p>
<p>Reece, J.</p> <p>Issues in Mental Health Nursing</p> <p>2005</p>	<p>Att beskriva hur kvinnor med självskadeteende och sjuksköterskor ser på innebörden av självskadeteende.</p>	<p>Ostrukturerade djupintervjuer och tematisk analys.</p>	<p>Patienter och sjuksköterskor har olika syn på självskadeteendet. Sjuksköterskor har dålig förståelse för självskadeteendet. Det behövs ett gemensamt språk om självskadeteende för att kunna samtala i samförstånd.</p>	<p>28</p>	<p>Medel: Metoden och patientkarakteristika otydligt beskriven.</p>
<p>Rissanen, M-L. Kylmä, J. & Laukkanen, E.</p> <p>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</p> <p>2009</p>	<p>Att beskriva hur personer med självskadeteende ser på hjälp.</p>	<p>Kvalitativ metod med intervjuer och induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Ungdomarna vill få hjälp och enligt dem har vuxna en plikt att agera om de misstänker att någon skadar sig. Ungdomarna upplever att de kan få hjälp från såväl kompisar, närstående som vuxna - däribland vårdpersonal.</p>	<p>42</p>	<p>Hög</p>

Schoppmann, S. Schrock, R. Schnepf, W. & Buscher, A. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007	Att utforska den levda erfarenheten hos personer med självskadebeteende för att öka förståelsen för denna patientgrupp.	Hermeneutisk fenomenologiskt perspektiv med observationer, intervjuer och brev. Tematisk analys	Personer med självskadebeteende upplever alienation i flera steg och vårdpersonal skulle kunna identifiera tidiga tecken på ett kommande tillstånd av alienation. Självskadebeteende är ett effektivt sätt att ta sig ur smärtsamma upplevelser av alienation och kan beskrivas som egenvård.	48	Hög
Shaw, S. N. Women and Therapy 2006	Att förstå hur kvinnor tar sig ur sitt självskadebeteende och vad de upplever vara bra respektive dålig vård.	Djupintervjuer och analys genom grounded theory, tolkande poesi och talcentrering? (voice- center)	Processen att sluta skada sig själv består av flera faktorer och är inte linjär. Processen innefattar den subjektiva innebörden av självskadebeteende, minskad psykisk press, professionell hjälp, eget initiativ, livsuppgifter, relationer, uppenbarelser, motivation och drivkraft.	38	Medel: Metoden ottydligt beskriven och etiska resonemang saknas.
Smith, S. E. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002	Att belysa patienters och vårdpersonals olika syn på självskadebeteende för att på så sätt minska kliniska problem.	Ostrukturerade intervjuer och tematisk innehållsanalys.	Både personal och patienter anser att synen på personer med självskadebeteende är negativ, men att detta håller på att förändras. Vården blir olika beroende på var i vårdkedjan patienten kommer in.	17	Medel: Metoden och patientkarakteristika otydligt beskriven.
Weber, M. T. Archives of Psychiatric Nursing 2002	Att beskriva hur självskadande kvinnor definierar självskada i sina egna liv.	Intervjuer och narrativ analys.	Kvinnorna har behov av att bli lyssnade på och få hjälp. Olika utlösande faktorer för och orsaker till självskada identifierades liksom olika faktorer för att sluta skada sig själv.	25	Medel: Metoden ottydligt beskriven och etiska resonemang saknas.