



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

# Upplevelser av bemötandet inom psykiatrisk heldygnsvård hos personer med självskadebeteende

En intervjustudie

Experiences in Response within Psychiatric All-Day Care by People with Non-Suicidal Self-Injury Behavior

An Interview Study

Författare: Sara Nilsson och Nils Eriksson

Handledare: Marie Cedereke

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

## Abstrakt

**Introduktion:** Personer med självskadeteende har en svår problematik som kan vara svår för utomstående och vårdpersonal att förstå. När personer med självskadeteende har ohanterbar problematik och kan utgöra en fara för sig själva kan de bli inlagda på psykiatrisk heldygnsvård. Individer med självskadeteende är en sårbar grupp eftersom de kommer i kontakt med vården för skador som de med avsikt vållat sig själva. Det ställer stora krav på vårdpersonalens etiska medvetenhet och förmåga att reflektera över sina egna åsikter, attityder och handlingar.

**Syfte:** Att undersöka hur personer med självskadeteende har upplevt mötet och hur de hade önskat att bli bemötta av vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård.

**Metod:** Semistrukturerade intervjuer med nio respondenter genomfördes. Intervjumaterialet transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

**Resultat:** Vårdpersonalens distansering medförde att personer med självskadeteende upplevde: att de inte blev sedda som en person eller blev bemötta utifrån sina behov, att bli bemötta med oförstående, ilska och kränkande kommentarer, att vårdpersonal var oengagerade och otillgängliga. Vårdpersonalens närvaro bidrog till upplevelser av: trygghet och hoppfullhet, att bli sedd och bekräftad utifrån de egna förutsättningarna och behov. Önskemålet hur bemötandet skulle se ut var tid för samtal, närhet och förståelse.

**Konklusion och kliniska implikationer:** Det är tydligt att det saknas kunskaper och förståelse för denna grupp personer som har ett stort lidande som många gånger kan förbises av vårdpersonal. Studien kan användas inom psykiatrin som ett diskussionsunderlag och ge fokus till patientens upplevelse. Det finns en brist på forskning gällande hur personer med självskadeteende upplever vårdpersonalens bemötande. Det behövs mer forskning för att minska kunskapsluckorna hur man ska bemöta dessa patienter.

## Nyckelord

Upplevelser, bemötande, självskadeteende, NSSI, EIPS, patienter, vårdpersonal, heldygnsvård.

# Innehållsförteckning

Problemområde.....	5
Bakgrund.....	5
Perspektiv och utgångspunkter.....	5
Etik och lagar .....	6
Orsaker till självskadebeteende .....	7
Prevalens.....	7
Definition av icke-suicidalt självskadebeteende .....	7
Definition av emotionell instabil personlighetsstörning.....	8
Definition av heldygnsvård.....	8
Patienternas upplevelser .....	8
Vårdpersonalens upplevelser .....	9
Kunskap och utveckling.....	10
Syfte.....	11
Specifika frågeställningar .....	11
Metod.....	11
Urval .....	11
Datainsamling.....	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar .....	14
Resultat .....	15
Distansering .....	16
Upplevelser av ensamhet, övergivenhet och avvisning .....	16
Upplevelser av att inte bli sedd som en person eller bli bemött utifrån sina behov .....	17
Upplevelser av att bli bemött med oförstående, ilska och kränkande kommentarer .....	18
Upplevelser av otillgänglig och oengagerad vårdpersonal .....	19
Närvaro .....	21
Upplevelser av trygghet och hoppfullhet.....	21
Upplevelser av att bli sedd och bekräftad som individ med behov utifrån de egna förutsättningarna.....	22
Hur respondenterna skulle vilja bli bemötta .....	23
Diskussion.....	24
Metoddiskussion.....	24

Urval .....	24
Datainsamling .....	25
Dataanalys.....	26
Förförståelse.....	27
Etiska ställningstaganden.....	27
Resultatdiskussion .....	28
Distansering .....	28
Närvaro .....	29
Omvårdnadsperspektiv .....	30
Konklusion och implikationer .....	32
Referenser .....	33

## Problemområde

Personer med självska debeteende är en sårbar grupp eftersom de kommer i kontakt med vården för skador som de med avsikt vållat sig själva. Det ställer stora krav på vårdpersonalens etiska medvetenhet och förmåga att reflektera över sina egna åsikter, attityder och handlingar (Nationella självska deprojektet, 2016). Patienten har behov av att känna förståelse, trygghet och delaktighet. För att dessa behov ska bli tillfredsställda krävs ett gott bemötande som kännetecknas av att vårdpersonalen värnar om patientens integritet och autonomi (Croona, 2003).

Personer med självska debeteende har ofta upplevelser att de blir stigmatiserade av vårdpersonal och att vårdpersonal inte ser och bekräftar deras behov. Att inte ses som en unik människa med behov och sårbarhet beskrivs som fruktansvärt av patienter med självska debeteende. Det skapar en barriär som försvårar kommunikationen. De upplever att de blir bemötta av vårdpersonal med avsaknad av respekt och att de blir sedda som ett objekt istället för en unik människa. Det framkommer även att de upplever att vårdpersonal inte bryr sig om dem och att de blir förolämpade (Gilje, Lindgren, Wilstrand & Olofsson, 2004).

Det finns få studier gällande hur patienter med självska debeteende upplever vårdpersonalens bemötande (Gilje et al., 2004). Syftet med denna studie är att undersöka hur personer med självska debeteende har upplevt mötet och hur de hade önskat att bli bemötta av vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård.

## Bakgrund

### Perspektiv och utgångspunkter

Författarna har i föreliggande studie valt Antonovsky (2005) känsla av sammanhang (KASAM) som fokuserar på begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Orsaken till valet av KASAM är att författarna anser att det kan vara en lämplig utgångspunkt för vårdpersonal som stöd för att lättare kunna få en förståelse för personer med självska debeteende. Balansen i dessa tre variabler kan påverka hur individer hanterar svåra och stressiga situationer. Dessa begrepp kan tänkas vara relevanta i samband med ett psykiskt lidande relaterat till självska debeteende. Det salutogena perspektivet som myntades av Antonovsky (2005)

innebär att fokus ska vara på faktorer som bidrar till att bibehålla hälsa eller förflytta individer mot hälsa. Fokus ska ligga på att hitta friskhetsfaktorer istället för sjukdomsfaktorer.

Antonovsky (2005) menar att Begriplighet syftar på i vilken utsträckning en individ har förmåga att förstå, förklara och bedöma olika händelser. En individ med hög förmåga till begriplighet kan i oväntade händelser uppleva att det går att ordna och förklara.

Hanterbarhet syftar på en individs resurser att ha förmåga att hantera och möta olika händelser. Individens resurser kan finnas inom individens egen kontroll och även tillhöra andra som individen litar på. Det kan exempelvis vara en vän, släkting eller vårdpersonal.

Meningsfullhet är den viktigaste delen i KASAM och syftar på de områden av livet individen är engagerad i. Detta innebär individens förmåga att känna delaktighet, se en mening samt att kunna påverka situationer som är värda att investera känslomässigt i. Individer som känner mening kämpar även om de inte vet hur de ska hantera en situation, vilket innebär att en individ blir inställd på att söka mening i den och gör sitt bästa för att hantera situationen. (Antonovsky, 2005).

### *Etik och lagar*

Personer med självskadebeteende ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet vilket är en rekommendation för vårdpersonal (Nationella självskadeprojektet, 2016). Sjuksköterskan ska uppvisa professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet vilket är en etisk kod enligt ICN (International Council of Nurses, 2012).

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763), fastställs i §2 att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Enligt första kapitlet i patientlagen (SFS 2014:821) är syftet att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt kapitel 5 ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. En patient ska medverka i hälso- och

sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder som ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

### *Orsaker till självskadebeteende*

Självskadebeteende fyller en känsloreglerande funktion både för ungdomar och vuxna (Klonsky, 2007). Trots att självskadebeteendet kan innebära negativa konsekvenser för individen, kan det på kort sikt fungera som ett effektivt sätt att få stopp på oönskade och svårhanterliga känslor, tankar och upplevelser (Chapman, Gratz & Brown, 2006). Endorfiner frisätts och det ger en känsla av lättnad vilket kan bidra till ett fortsatt självskadebeteende (Hicks & Hink, 2008).

### *Prevalens*

En studie som utförts i Sverige av Odelius och Ramklint (2014) påvisade att det var vanligare att patienter inom heldygnsvården hade mer självskadebeteende jämfört med patienter inom öppenvården. Av 1717 deltagare som tillhörde psykiatri i Sverige rapporterade nästan hälften att de skadat sig minst en gång de senaste sex månaderna. Bland kvinnor under arton år rapporterade 73,8 % att de skadat sig själva, medan motsvarande siffra bland unga män var 44,4 %. Bland vuxna kvinnor över arton år rapporterade 43,7 % att de skadat sig själva sista halvåret, bland vuxna män rapporterade 32,2 % motsvarande beteende (Odelius & Ramklint 2014). Internationellt uppskattas förekomsten av självskadehandlingar utan självmordsavsikt hos ungdomar till 13-28 procent (Muhlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012). Förekomsten av självskadebeteende för vuxna är varierande 4-5,9 % (Mckeinze & Gross, 2014).

### *Definition av icke-suicidalt självskadebeteende*

Författarna kommer i föreliggande studie att fokusera på självskadebeteende utan suicidal intention. Icke-suicidalt självskadebeteende, på engelska Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) finns med i femte upplagan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), sektion 3 i kapitlet "Conditions for Further Study". Enligt DSM-5 är definitionen för NSSI att under det senaste året ska det ha förekommit fem eller fler tillfällen av medveten handling att skada kroppsvävnad som inte är socialt accepterad och utan suicidal syfte.

Den vanligaste formen av självskadebeteende är att skära sig. Andra former kan vara att bränna sig, skrapa sig, slå sig på olika kroppsdelar eller att riva upp ett sår.

Ätstörningsbeteende och alkoholmissbruk är däremot inte vanligtvis förknippade med självskadebeteende eftersom vävnadsskada är en oavsiktlig sidoeffekt. Det finns ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion och frekvensen av självskadebeteende (Bježančević, Hrzic, & Dodig-Curkovic, 2019; Klonsky 2007).

#### *Definition av emotionell instabil personlighetsstörning*

Personer med emotionell instabil personlighetsstörning (EIPS) har svårare, mer frekvent och mer mångsidigt självskadebeteende jämfört med individer utan EIPS (Turner et al., 2015).

EIPS är en diagnos som karakteriseras av ett genomgripande mönster av instabilitet gällande sociala relationer, självbild och affekter, tydlig impulsivitet som börjar i tidig barndom och är närvarande i olika sammanhang. Symtomen är häftiga ansträngningar för att undvika verklig eller inbillad övergivenhet, instabila och intensiva mönster i sociala relationer, identitetskris, impulsivitet i potentiella självskadehandlingar och även återkommande suicidalt beteende, hot och självstympande beteende. Andra typer av symptom hos personer med EIPS kan vara uttalade reaktioner av humörsvängningar, kroniska känslor av ensamhet, olämpliga intensiva aggressionsutbrott, svårigheter att hantera ilska, övergående stressrelaterade paranoida idéer eller svåra dissociativa symptom (Mack & McKenzie, 2016). Personer med självskadebeteende med svår problematik läggs in i heldygnsvård.

#### *Definition av heldygnsvård*

Begreppet heldygnsvård i föreliggande studie innebär enligt författarna inneliggande vård på psykiatrisk avdelning.

#### *Patienternas upplevelser*

I en studie av Gilje et al. (2004) framkom det att självskadande patienter inom vården ofta är märkta med negativa värderingar och ses som en diagnos istället för en människa. Patienterna beskrev stigmatisering och upplevde att vårdpersonal bemötte dem respektlöst och som ett objekt utan själ. Nehls (1999) bekräftade även i sin studie att patienternas självskadebeteende uppfattades av vårdpersonal som manipulation och att patienterna



upplevde att det fanns en begränsad tillgång till vård. Gilje et al. (2004) beskrev att patienterna hade förväntningar och erfarenheter av att betraktas som en människa med tillgångar, önsknings och behov, istället för en människa med problem. Detta upplevs när vårdpersonal visar vänlighet, artighet, öppenhet och ger patienten tid, vilket deltagarna upplevde som stärkande. Detta inträffar när vårdpersonal har modet att se, erkänna och prata om de självskadande handlingarna med dem. Deltagarna upplevde även att de kunde känna sig väldigt ensamma när de var inneliggande på en psykiatrisk avdelning och det kunde upplevas traumatiskt. De upplevde att de hade mer stöd utanför psykiatrisk vård. Deltagarna beskrev även att personalen var stressade och inte tog sig tid att prata med dem. Resultatet i studien visade även att det var lång inneliggande vårdtid och de hade mycket oplanerad tid när de var inneliggande utan att behandling erbjöds (Gilje et al., 2004).

Enligt SBU (2015) finns vetenskapligt stöd för att personer med självskadebeteende har negativa erfarenheter och upplevelser av vården som avskräcker från framtida hjälpsökande. De erfarenheter och upplevelser som personer med självskadebeteende har av bemötandet och hjälpen från vården bidrar till känslor av både maktlöshet och utsatthet (SBU, 2015). Andra känslor patienter kan uppleva från vårdpersonal är bortstötning och frustration vilket kan leda till att patienter får ett upprätthållande av självskadebeteende (Glover & O'connor, 2017).

### *Vårdpersonalens upplevelser*

Patienter med självskadebeteende kan väcka starka känslor hos vårdpersonal. Dessa patienter upplevs vara en utmanande patientgrupp för vårdpersonal. Självskadebeteende väcker reaktioner som undvikande och fientlighet från vårdpersonal (Glover & O'connor., 2017). I Conlon och O'Tuathails (2010) studie framkom att akutsjuksköterskor upplevde att de har brist på kunskap om hur de ska vårda och bemöta patienter med självskadebeteende. De kände att de behövde mer utbildning för att kunna förbättra kommunikationen och omvårdnaden. Sjuksköterskorna kände att mer utbildning kring självskadebeteende skulle göra det möjligt för dem att känna mer självsäkerhet och medvetenhet kring vilka behov patienten har och hur de ska kunna bemöta patientens ångest. Sjuksköterskorna rapporterade även att de mestadels tenderar att fokusera på det medicinska och inte den psykiska bedömningen eller interventionen. Det framkom även att sjuksköterskorna upplevde att patienter som hade upprepade självskador framkallade känslor som frustration och maktlöshet. En del andra sjuksköterskor uttryckte att patienter med självskadebeteende söker efter uppmärksamhet och

att hjälp ofta ignoreras eller marginaliseras av sjuksköterskor. Dessutom upplevde en del sjuksköterskor att patienterna är manipulerande och att dessa patienter slösar bort tiden och det var därför svårt att visa medkänsla.

I en studie av Mack & Mckenzie (2016) framkommer även negativa attityder från vårdpersonal gentemot patienter med EIPS. Sjuksköterskorna beskrev patienterna som uppmärksamhetssökande, manipulativa och destruktiva virvelvindar. Patienterna beskrevs även som kraftfulla, farliga, envisa och omöjliga att stoppa som lämnar spår av självdestruktivitet vart de än befinner sig (Mack & Mckenzie, 2016).

### *Kunskap och utveckling*

Nationella Självskadeprojektet (2015) är en riksomfattande satsning på att utveckla och sprida kunskap kring självskadebeteende. De är en del av Uppdrag Psykisk Hälsa. Det finns rekommendationer för insatser vid självskadebeteende som är framtagna inom ramen för Nationella Självskadeprojektet och accepterat av projektets styrgrupp, representanter från brukar, anhörig- och intresseorganisationer samt SKL:s nationella nätverk för ledning och styrning. Det finns sju rekommendationer, vilka innefattar; bemötande, bedömning, utredning, riskhanteringsplan, information och överenskommelse om behandling, behandling/kontinuitet och samarbete. I rekommendation bemötande står det beskrivet hur vårdpersonal ska bemöta individer med självskadebeteende med medkänsla, respekt och värdighet. Ökad kunskap om självskadebeteendens funktion är sannolikt en viktig faktor för hur utbildning om självskadebeteende kan minska personalens negativa uppfattningar och bidra till ett mer hjälpsamt bemötande. För personer med självskadebeteende är självskadehandlingar många gånger ett kraftfullt sätt att hantera upplevelser som uppfattas som outhärdliga. Det är viktigt att ha med sig vetskapen om att självskadebeteende ofta är ett uttryck för att en person gör allt vad hen för tillfället kan för att stå ut med sina känslor (Nationella självskadeprojektet, 2015).

Brukarstyrda inläggningar (BI) är en metod för patienter med EIPS med självskadebeteende. Syftet med BI är att stärka självbestämmande, självreflektion och att kvarstanna i terapi genom att undvika långa inläggningar i heldygnsvård. Patienter med erfarenhet av BI har ansett att rutiner, struktur och positiva attityder från personal har varit det mest hjälpsamma. Orsaken till att patienter önskar BI har varit för att undvika att självskadebeteendet eskalerar, att bryta ensamhet, att undvika utmattningssymtom och ett behov av återhämtning och stöd för att återuppta dagliga rutiner. Vissa av patienterna upplevde negativa attityder från vårdpersonal. Detta indikerar att vårdpersonal som jobbar

med BI behöver regelbunden utbildning och att det är viktigt att jobba med personalens attityder (Helleman, Lundh, Liljedahl, Daukantaiteb & Westling, 2018).

## **Syfte**

Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur personer med självskadebeteende har upplevt mötet och hur de hade önskat att bli bemötta av vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård.

## **Specifika frågeställningar**

- Vilka upplevelser har varit positiva för personer med självskadebeteende i mötet med vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård?
- Vilka upplevelser har varit negativa för personer med självskadebeteende i mötet med vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård?
- På vilket sätt skulle personer med självskadebeteende velat bli bemötta av vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård?

## **Metod**

En empirisk studie med kvalitativ ansats har genomförts med intervjuer som datainsamlingsmetod. Kvalitativ metod har sitt ursprung i den holistiska traditionen och avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Empiri innebär att samla in information från verkligheten som kan vara berättelser från att intervjua nyckelpersoner (Henricson, 2017). Att använda denna metod kan vara relevant för att undersöka upplevelser som personer med självskadebeteende har haft i mötet med vårdpersonal inom heldygnsvård.

## **Urval**

Ett strategiskt urval valdes som syftade till att välja personer som kunde ge informationsrika beskrivningar av fenomenet som därigenom skapade ett underlag som kunde svara på syftet (Henricson, 2017). Efter godkännande från vårdvetenskapliga etiknämnden

skickades brev ut till berörda verksamhetschefer med information om studien (bilaga 2). Mellanhand gav information om studien till eventuella studiedeltagare och lämnade ut informationsbrev och samtyckesblankett. Eventuella studiedeltagare fick då ta ställning till om de tillhörde studiens målgrupp (bilaga 2). De respondenter som önskade att delta i studien meddelade oss via e-post eller telefon. Därefter kontaktades respondenterna av författarna där vi tillsammans bestämde tid och plats för när intervjun skulle äga rum. Samtyckesblanketten undertecknades på plats innan intervjun. De intervjuer som genomfördes via applikationen Zoom skickades samtyckesblankett i förväg genom post eller inskannad via mail. Zoom är en applikation för samtal och videokommunikation. Intervjuerna varade mellan 15-40 minuter.

Antal respondenter som intervjuades var 9 stycken, av dessa var åtta kvinnor och en man. I studien ingick respondenter från Self Harm and Eating Disorder Organisation (SHEDO), Brukarstyrd inläggning (BI) och Dialektisk beteendeterapi (DBT)-team. Respondenterna var representerade från tre olika städer i Skåne. Inklusionskriterierna hos respondenterna var att de skulle vara i åldern 18-40 år och de skulle haft erfarenheter av självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård. I föreliggande studie var merparten av respondenternas ålder 20-30 år. Författarna efterfrågade respondenternas ålder för att kontrollera att de befann sig inom gränsen för inklusionskriterierna. Information om ålder presenterades inte i föreliggande studie. Exklusionskriterierna var att respondenterna inte skulle vara i pågående psykiatrisk heldygnsvård. Anledningen till detta var att patientsäkerheten inte skulle påverkas.

## Datainsamling

I föreliggande studie användes en semistrukturerad intervju med frågor som skulle täcka syftet (Henricson, 2017). Frågorna formulerades i en viss struktur men togs inte i samma ordning eftersom författarna anpassade sig till vad som kom upp under intervjun. Öppna frågor användes och följdfrågor ingick i intervjuguiden (bilaga 1). Intervjuguiden bestod av fem frågor, fem följdfrågor och användes som stöd, författarna var väl införstådda med sina frågor. En kvalitativ intervjun med öppna frågor användes för att ge svar på personers upplevelser, erfarenheter, uppfattningar, åsikter, känslor och kunskap (Henricson, 2017). Författarna provade den tekniska utrustningen för inspelning av intervjun och provade sina frågor för att komma in i situationen att vara intervjuare. Fyra respondenter intervjuades på plats och fem stycken intervjuades via Zoom (en applikation för videosamtal med ljud och bild). En pilotintervju utfördes för att se om tidsplaneringen skulle hålla. Detta var också ett

sätt att kontrollera om planerade frågor var adekvata eller om det krävdes en justering av tillägsfrågor innan intervjustudien startade. Pilotintervjun var innehållsrik, hade rika beskrivningar, svarade på syftet och kunde därför inkluderas i dataanalysen. Vid pilotintervjun utfördes intervjun av båda författarna vilket var lämpligt, den ena ställde frågor och den andra förde anteckningar (Henricson, 2017). Av totalt nio intervjuer genomfördes sju av båda författarna och två genomfördes enskilt.

## Analys av data

Metoden som användes till studien var kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats enligt Henricson (2017) genomfördes så förutsättningslöst som möjligt. Första steget av dataanalysen var att transkribera det inspelade materialet. Vid transkriberingen ingick pauser, skratt och andra känslotillstånd. Det transkriberade materialet lästes igenom av båda författarna flertalet gånger för att få en känsla av helheten och att få en överblick. Därefter valdes textenheter ut ur texten som svarade mot syftet, s.k. meningsenheter. Nästa steg i analysprocessen var att samtliga meningsenheter kondenserades till mindre meningsenheter som var nära beskrivning av texten. Dessa kondenserade meningsenheter analyserades sedan till den latent tolkningen. Utifrån dessa skapades koder som grupperades till subteman och teman baserat på likheter och olikheter (figur 1). Författarna hade en kontinuerlig diskussion och reflektion mellan varandra under hela analysprocessen.

Exempel av dataanalys: Textenhet, Kondenserad text, Kondenserad text med underliggande mening, Subtema och Tema.

<i>Textenhet</i>	<i>Kondenserad text (beskrivning nära texten)</i>	<i>Kondenserad meningsenhet med tolkning av den underliggande meningen</i>	<i>Sub-tema</i>	<i>Tema</i>
Säger man att man har ångest så frågar dom om man vill ha en ångestdämpande...punkt. Det är ingen som sätter sig ner...varför har du ångest? Eller vad är det du känner? Ingen som bekräftar din upplevelse utan det är bara...ja du vet den i hörnan där.	Respondenten hade ångest och berättade det för vårdpersonal och fick medicin istället för samtal.	Respondenten var hjälpsökande och ville få stöd genom samtal. När hen kände att behoven inte blev tillgodosedda upplevdes frustration.	Upplevelser av att inte bli sedd som en person eller bli bemött utifrån sina behov	Distansering

Figur 1

## Forskningsetiska avvägningar

När projektplanen var godkänd skickades den till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) för granskning. Föreliggande studie följde de forskningsetiska principerna enligt (Vetenskapsrådet, 2002). Skriftlig information gällande studien och dess utformning gavs till verksamhetschef, mellanhand och respondenter. Respondenterna upplystes att deltagandet var frivilligt och att de hade rättigheter att avbryta sin medverkan närsomhelst utan att behöva ge någon närmare förklaring till anledning. Författarna inhämtade medgivande från verksamhetschefer och samtycke från respondenterna. De som medverkade i studien fick själva bestämma hur länge och på vilka villkor de skulle delta. Det insamlade materialet hanterades konfidentiellt så att ingen obehörig kunde ta del av informationen. Uppgifterna avidentifierades genom numrering och kunde inte härledas till någon av respondenterna. Det insamlade datamaterialet bestod av inspelade intervjuer i form av ljudfiler vilka sparades fram till att uppsatsen var examinerad och godkänd och destruerades därefter. När studien var färdig och examinerad erbjöds de som deltog i studien att få ett exemplar om de önskade detta. Författarna till studien har vardera sex års erfarenhet av att arbeta inom psykiatri och att möta patienter med självskadebeteende. Det fanns en medvetenhet hos författarna att frågor gällande självskadebeteende kunde skapa ångest eller andra typer av obehagskänslor. Därför hade författarna en beredskap att se till att respondenterna hade en kontaktperson att vända sig till om det skulle uppstå behov. Efter intervjuerna erbjöds respondenterna att kontakta SHEDO för stöd.

## Resultat

Resultatet i studien bestod av två teman vilka var distansering och närvaro med sju subteman (Figur 2).

Resultatet presenteras utifrån dessa teman och subteman

<b>TEMA</b>	<i>Distansering</i>	<i>Närvaro</i>
<b>SUBTEMA</b>	Upplevelser av ensamhet, övergivenhet och avvisning	Upplevelser av trygghet och hoppfullhet
	Upplevelser av att inte bli sedd som en person eller bli bemött utifrån sina behov	Upplevelser av att bli sedd och bekräftad som individ med behov utifrån de egna förutsättningarna
	Upplevelser av att bli bemött med oförstående, ilska och kränkande kommentarer	Hur respondenterna skulle vilja bli bemötta
	Upplevelser av otillgänglig och oengagerad vårdpersonal	

Figur 2

Sammanfattningsvis var merparten av upplevelserna för respondenterna att de kände sig avvisade och ignorerade. Vårdpersonalens bemötande gjorde att respondenterna upplevde ökad ångest, fick ökat självskadebeteende och fick skam- och skuld känslor. Respondenterna önskade istället att bli sedda och bekräftade utifrån sina behov av vårdpersonalen.

## Distansering

### *Upplevelser av ensamhet, övergivenhet och avvisning*

Det fanns ett tydligt mönster hos respondenterna att de kände sig ensamma och övergivna och inte fick det stöd som de hade behov av. Upplevelsen av avvisning var påtaglig och medförde försämring i grundproblematiken.

*“Där kunde jag sätta mig för att jag ville att någon skulle kontakta mig och sitta där och ingen såg mig och då steg ångesten och man mådde sämre och så började jag slå huvudet i väggen eller elementet. De gick förbi en bara och såg att jag var ledsen när jag satt där och jag hade ångest och ångesten blev värre för ingen uppmärksammade mig, för jag behövde prata med någon liksom och jag hade svårt att ta kontakt med personal eftersom det var första gången jag var inlagd.” (2)*

Respondenterna upplevde att när de var hjälpsökande blev de ignorerade och avvisade av vårdpersonal. Detta medförde ökad ångest, självskadetankar/självskaedehandlingar och upplevelser av att vara övergiven. Respondenterna drog sig tillbaka till rum och upplevde ensamhet och övergivenhet. Att bli avvisad när de mådde som sämst upplevdes som en fruktansvärd känsla.

*“Jag kände mig ensam...jag kände mig jätte ensam...jag har aldrig använt självskadebeteende för att be om hjälp eller för att synas eller för att uppmärksamhet...det har aldrig handlat om det för mig..så att min självskada...eller försök till självskada var inte meningen att de skulle se det heller...utan...jag ville bara bli sedd för att jag mådde dåligt...ehh...att nån faktiskt var där...men jag blev lämnad ensam i det när jag verkligen behövde hjälp..” (3)*

Respondenterna upplevde sedan tidigare övergivenhet och när de var i heldygnsvård och då blev avvisad och ignorerad av vårdpersonal förstärkte upplevelsen av att vara övergiven. Upplevelsen av att känna sig ensam och övergiven på sitt rum infann sig. Upplevelser av att sitta ensam med ångest på rummet upplevdes ohanterbart och det kunde leda till självskadebeteende. Det framkom att det enda respondenterna önskade då var att vårdpersonal skulle knacka på dörren och fråga: “hur är det?” När respondenterna kände sig övergivna av vårdpersonal upplevdes det som att sitta i fängelse eller att vara i förvaring. Att bli avvisad och övergiven kunde upplevas som att ingen brydde sig om dem vilket kunde skapa tankar som att inte ha något värde eller att få finnas.



Respondenterna upplevde att det var svårt att söka kontakt med vårdpersonal när de mår dåligt och behövde stöd. Det framkom upplevelser att det lades för mycket ansvar på respondenterna att de själv skulle ta kontakt när de mår dåligt, trots att vårdpersonal hade kännedom om detta. Upplevelser att då bli ignorerad och avvisad när man behöver stöd resulterade i att det blev svårare att säga till när man mår dåligt eftersom man tidigare blivit avvisad.

När respondenterna mår dåligt och hade självskadat på rummet när vårdpersonal upptäckte det bemöttes detta med avvisning eller ignorans. Detta medförde att respondenterna fick trauman som var svåra att komma ur och ångesten och självskadebeteendet ökade.

*“Jag mår jättedåligt...och hade på rummet en stol...där jag började skruva loss en skruv som jag ville använda till att självskada...och när personalen kom in backade jag fort från stolen så de inte skulle se...men de hann ändå notera och det enda de sa var att “Sånt håller vi inte på med här” sen tog de ut stolen ur rummet..och gick därifrån sen..  
deras...icke-reaktion eller...icke-agerande ..icke-hjälpande..just kring självskadan gjorde att jag blev apatisk...och det är en väldigt jobbig...jobbigt tillstånd att komma ut ifrån...vilket gjorde att jag började självskada ännu mer” (3)*

#### *Upplevelser av att inte bli sedd som en person eller bli bemött utifrån sina behov*

Respondenterna upplevde att fokus var på mediciner och att de blev bemötta som en diagnos och inte som en unik individ med olika behov. När respondenterna hade ångest och bad om hjälp av vårdpersonal för stöd och samtal upplevde dem sig som en diagnos som skulle medicineras. De upplevde att deras behov blev ignorerade och fick istället medicin som en snabb och enkel lösning. Detta medförde att respondenterna kände sig nerdrogade och medicinpåverkade.

*“Alltså jag hade hellre velat att de skulle prata med mig på en gång istället för att man ska gå runt och vara snurrig på medicin liksom..för det dämpar ju bara för stunden men att prata håller ju faktiskt längre... utan de effekterna som blir av medicinerna” (7)*

Respondenterna upplevde att vårdpersonal inte uppfattade deras olika behov, tog deras tankar och känslor på allvar och deras viljor blev betydelselösa.

*“Det känns ju inte som att de ser att jag är en person liksom..som har behov eller som kan vilja nåt eller behöva nåt...eller ...att vi också är olika och behöver olika saker...det känns ju inte alls som de ser..” (5)*

När respondenterna inte bemöttes av vårdpersonal som en unik individ upplevdes en frustration och hopplöshetskänslor. Respondenterna upplevdes att de sågs som en grupp som ska bemötas på ett likvärdigt sätt och att gamla tankesätt finns kvar. Det framkom även upplevelser att det fanns en ovilja hos vårdpersonal att se respondenterna som unika individer som har olika behov.

#### *Upplevelser av att bli bemött med oförstående, ilska och kränkande kommentarer*

Respondenterna upplevde att när de självskadat fokuserade vårdpersonal på skadan de orsakat sig själv och inte på dem som individ. Respondenterna kunde då uppleva att de inte blev sedda. Efter självskadehandlingarna bemötte vårdpersonal detta med ilska och kunde uttrycka detta genom kommentarer som respondenterna upplevde som oförstående. Respondenterna kände sig då missförstådda och fick mer skuld- och skamkänslor. Ilskan och bemötandet från vårdpersonal gjorde att respondenterna upplevde att det blev svårare att hantera sina känslor och kände sig kränkta i många avseenden. Respondenterna upplevde även att deras tankar och känslor inte togs på allvar eller blev bekräftade. Respondenterna upplevde vidare att vårdpersonalen hade en ovilja att förstå och att deras uppfattning om sanningen var den enda. Det framkom också upplevelser att när vårdpersonal fokuserad på självskadan blev det en del av respondenternas identitet och självskadorna blev ett sätt att visa att de mådde dåligt.

Respondenterna beskrev upplevelser av att personalen var oförstående och kränkande både verbalt och genom handling.

*“Det som är tydligast är just den här sjuksköterskan som sa att det här gör väl ingen nytta, varför gör du så här och hon blev verkligen arg och så tog tag i händerna så.. ehh höll upp framför mig och sa varför? Så titta på det här det hjälper inte!” (3)*

*“Nu vet jag nån gång jag fick tillåtelse till ett pysselrum och det fanns ståltrådar och grejer där...och jag använde dem inte till att pärla utan att sticka dem genom armen istället och sen kom han in och klappade mig på huvudet och sa det var ju inte det HÄR vi kom överens om och sen gick han ut...” (1)*

Flera olika exempel som vårdpersonal hade uttryckt efter självskadehandlingarna var bl.a.; *“sluta upp med det där tramsbeteendet!”*, *“Sluta löjla dig!”*, *“Du vet ju att det där blir inte bra”*, *“Varför håller du på sådär”*, *“Ryck upp dig!”* och *“Varför gör du det här mot*

*mig?” När de skrek och var arga på respondenterna blev upplevelserna att inte var värd att finnas och bara vara till besvär och att de gjorde det svårt för vårdpersonal.*

Vid såromläggning efter självskadan kunde respondenterna uppleva omvårdnaden som ett straff.

*“Nån sa att jag svek henne och att jag liksom.. ja men vad det var för dumheter jag höll på med liksom.. och hon sa till sjuksköterskan som jobbade att ehh.. att hon skulle göra minsta möjliga med såren och hon skulle liksom bara... ehh.. att det inte skulle sys eller nåt..att det bara skulle sättas på nåt så det inte blöder igenom och hon tog direktiv från henne.. som ett litet straff typ..” (1)*

Efter respondenterna hade självskadat bemötte vårdpersonal detta med ett dömande förhållningssätt vilket visades genom ilska och frustration. Respondenterna hade sedan tidigare en tendens att döma sig själv och när de upplevde att de blev kränkta av vårdpersonal blev det ännu svårare att hantera. När vårdpersonal agerade på detta sätt kände respondenterna sig misslyckade, besvikna på sig själva och kände att det var deras fel. Det ställdes inte frågor om hur respondenterna mådde eller orsaken till självskadan. Fokus låg på självskadan istället för respondenterna som individer.

*“En sjuksköterska hon skulle lägga om det och titta över det...och hon blev väldigt arg och frustrerad på mig...hon blev verkligen väldigt arg för hon sa det här hjälper ju inte! Varför gör du såhär? Det gör ingen nytta så..vad dum du är ungefär...totalt onödigt...Jag blev chockad...för den här personen i vanliga fall brukar vara glad och väldigt liksom vänlig och sådär så det kändes väldigt konstigt...och lite...delvis skuldbeläggande...men mest kändes det som att det var ingen förståelse..och ingen fråga om varför...eller hur mår du? vad har hänt? Utan där blev det istället fokus vad har du gjort? (3)*

### *Upplevelser av otillgänglig och oengagerad vårdpersonal*

Respondenterna upplevde att det fanns en brist gällande tillgänglig och engagerad vårdpersonal. Upplevelser kring att respondenter suttit ensamma på sina rum med ångest och att det inte fanns någon personal som knackade på och frågade hur de mår. Detta bidrog till att respondenterna upplevde sig ensamma och övergivna. Upplevelser av ensamhet på rummet med en ångest som de inte kunde hantera medförde ökade självskadehandlingar. När vårdpersonal fanns i närheten och respondenterna ville ha hjälp och inte fick något stöd ökade känslan av ensamhet och hjälplöshet.

*“De kanske sitter och kollar på tv medan jag sitter och äter...och det har varit väldigt ensamt..det har varit nästan värre när det finns folk runt omkring och man tänker att man kanske kan få lite stöd och sen...får man ändå inget stöd...de bara skiter i en...” (5)*

När respondenterna hade ångest och ville prata om det upplevde de att vårdpersonalen inte brydde sig, förminskade problemen genom att prata om andra saker, inte bekräftade deras känslor. Respondenterna upplevde att deras känslor inte var viktiga eller hade något värde för vårdpersonalen. Detta bemötande från vårdpersonal medförde att respondenterna fick ökad ångest och drog sig tillbaka till sina rum.

*“Känslorna är ju likadana när man kommer dit och och för mig brukar det hjälpa att prata om hur det är men men det blir liksom det där... jaja men tänk inte på det nu utan nu försöker vi titta på tv här istället eller läs en tidning och det hjälper ju inte mig alls för det blir så himla icke-validerande så att det ökar ju bara mina känslor ännu mer liksom det blir bara ännu mer ångest och det slutar ju typ med att man går och lägger sig och hoppas att man ska somna för att man orkar ju inte man kan inte vara bland personalen för att det blir för jobbigt att... bara liksom känna det som att mina känslor har inget värde för dem är inte på riktigt liksom...” (5)*

Respondenterna upplevde att när de var hjälpsökande lyssnade inte vårdpersonalen på dem. Även om de satt bredvid respondenterna upplevde de att vårdpersonal ville prata om något annat eller prata om något lättsamt. Respondenterna kände att vårdpersonalen inte hade engagemang, hade träffat för många som mådde dåligt, inte brydde sig längre och skärmade av sig för att lättare kunna stå ut. Det framkom även att respondenterna såg sig som problem på avdelningen och känslan av att störa vårdpersonal.

Respondenterna upplevde att när de ville prata och få stöd var vårdpersonalen otillgänglig och inte hade tid.

*“Mycket var liksom såhär att nu kommer rondan snart så nu har vi inte tid här så nu måste vi förbereda oss för rondan eller.. nu ska vi snart ha samtal med en så nu har vi inte heller tid..eller ja men det är inte jag som är ansvarig för dig så du gå och prata med en som är ansvarig för dig...sen går man och pratar med den som är ansvarig och då...visste jag innan det fanns ju en sån tavla liksom vem som var ansvarig för vilket rum...och..redan på morgonen när jag läste vilka som var ansvarig visste jag att...då hade jag inget att få ut det idag...eftersom jag visste att den ansvarige pratar inte liksom...och när jag försökte prata med någon annan blev det ändå...då blev jag bara hänvisad till den första som inte gick att prata med.” (5)*

Respondenterna upplevde att vårdpersonalen visade ett ointresse av att hjälpa dem. Frustrationen fanns bland respondenterna när de inte fick den hjälp de behövde när de var inlagda på olika vårdavdelningar.

*“Det är vad man är i ögonen helt enkelt du ska medicineras sen ska du härifrån liksom bara..så ja frustrationen är stor och man har varit i kontakt med dem så många gånger varit inlagd på flera olika ställen men jag upplever det på samma sätt där saknas medmänsklighet helt enkelt...och ett intresse av att faktiskt hjälpa patienterna” (6)*

Respondenterna upplevde att vårdpersonal hade okunskap att veta hur man hjälper patienterna. De upplevde också att vårdpersonalen var otillgängliga och ointresserade.

*“Jag känner att det är många som inte har rätt utbildning...eller förstår vad de ska göra...eller inte riktigt vet vad de ska göra..sen finns det dom som bara sitter med sina telefoner medan de ska jobba. Första gången jag var inlagd var det väldigt vanligt att personal satt med sina telefoner och inte riktigt hade koll alls på oss då...” (8)*

## Närvaro

### *Upplevelser av trygghet och hoppfullhet*

Det framkom att när vårdpersonal bekräftade respondenternas känslor och tankar bidrog detta till trygghet. Självska debeteendet kunde upplevas tvångsmässigt hos respondenterna. När vårdpersonal kunde hjälpa respondenterna att sätta ord på att självska debeteende blev tvångsmässigt fick de insikt och förståelse för sin egen problematik. När respondenterna fick denna insikt minskade skam- och skuldkänslor gentemot vårdpersonal. Respondenterna uppgav att när man kände sig trygg med vårdpersonal var det lättare att säga till och be om hjälp när de behövde stöd. Tryggheten infann sig när vårdpersonal var bekräftande och närvarande.

Respondenterna upplevde att man skapade olika relationer beroende på vilken vårdpersonal som arbetade och att det i sin tur avgjorde hur bemötandet skulle bli. Det upplevdes sårbart eftersom vissa arbetspass fanns det vårdpersonal de kände sig trygga med, fick stöd av och kunde öppna sig för. Vid andra arbetspass fanns det ingen vårdpersonal som de kunde be om hjälp. När vårdpersonal visade omtanke och ingav förtroende upplevde respondenterna trygghet.

*“Sen kunde det liksom gå en hel kväll och så visste man att klockan 21:00 kommer en bra nattpersonal bara så ok då vet jag att när hon kommer då jäklar liksom då kan jag sätta mig i soffan med henne och i alla fall liksom få en trygg punkt så det ska vara upphängd på bra personal är så synd och så sårbart...”(2)*

Upplevelsen av hoppfullhet och trygghet förstärktes då respondenterna kände att vårdpersonal var närvarande och att de var där för att hjälpa respondenterna med steg i rätt riktning. Exempel på detta var när vårdpersonal skapade en vårdplan tillsammans som kunde vara att skapa ångest strategier.

### *Upplevelser av att bli sedd och bekräftad som individ med behov utifrån de egna förutsättningarna*

Det framkom att respondenterna kände sig mer sedda och omhändertagna av vårdpersonal när fokus var att trösta och stötta istället för på självskadan. När vårdpersonal i förväg kunde se att ångest var på gång upplevdes det som något positivt för respondenterna. Att vårdpersonal kunde se när någon mådde dåligt och kunde vara närvarande just då var väldigt betydelsefullt. Att vårdpersonal under samtal kunde ha ett icke-dömande förhållningssätt och vara närvarande gjorde att respondenterna fick en tillit och vågade öppna upp och prata. När vårdpersonal tog sig tid att umgås och prata med patienten upplevdes mer trygghet. Upplevelsen att vårdpersonal hade engagemang till aktiviteter som promenad eller måla i en bok och även tid att prata om ångest och hanteringsstrategier minskade ångesten hos respondenterna. När vårdpersonal kunde se respondenternas behov och utgick från dessa, fanns där för att hjälpa, visade tålmod och inte gav upp infann sig hoppfullhet. Detta bidrog också till ökat förtroende och trygghet gentemot vårdpersonal. När vårdpersonal såg och bekräftade respondenternas behov och visade detta genom tillgänglighet och närhet bidrog detta till en trygg upplevelse:

*“Det starkaste för mig är då en individ kom in i rummet och... för jag satt ner på golvet och hon satte sig bredvid mig höll mig i handen, nynna lite grann. Det är just det att sätta sig ner och hålla i handen... de behöver inte prata alltid...” (3)*

När vårdpersonal kunde förstå att självskadebeteendet var något respondenterna var tvungna att göra för att lindra outhärdlig ångest minskade skam- och skuld känslorna. När respondenterna berättade för vårdpersonal att de hade tankar på att självskada var det betydelsefullt med tillgänglighet och stöd. Det upplevdes som en trygghet med närvarande

vårdpersonal vilket bidrog till att självskadetankarna avtog.

*“Jag kunde gå till dem innan jag skadade mig själv och säga nu vill jag ville skada mig själv..och de var med mig tills det värsta var över. Det kändes tryggt för då visste jag då kommer jag inte att skada mig själv...” (9)*

*Hur respondenterna skulle vilja bli bemötta*

Det framkom att respondenterna önskade att vårdpersonal skulle ge mer tid att lyssna och att vara tillgänglig. De ville att vårdpersonalen kunde se deras behov och fråga vad som kan vara hjälpsamt.

*“Prata med dem som om de vore människor och inte som en diagnos på ett papper. Försök att hitta tid till dem och bekräfta..det är inte mer än så..” (6)*

Ett bemötande med närhet och fysisk beröring som exempelvis en förtröstande klapp på axeln eller en kram skulle respondenterna föredra för att lindra ångest, dock behöver vårdpersonal fråga innan. Respondenterna hade önskat att vårdpersonal skulle vara närvarande genom att gå in rummen för att kunna upptäcka om de mår dåligt i sin ensamhet. Vid tankar på att självskada hade respondenterna önskat att vårdpersonal kunde sätta sig ner och vara närvarande till ångesten var hanterbar. Därmed kunde självskadan förhindras. När respondenterna hade självskadat ville de att vårdpersonalen skulle fråga hur de mår och vad orsaken bakom skadan var istället för att bara fokusera på den.

Efter en självskada när respondenterna hade blivit fasthållna av flera vårdpersonal hade de velat att bemötandet skulle se annorlunda ut. Ett bättre bemötande hade istället varit att en vårdpersonal hade agerat med ett lugnt förhållningssätt. Respondenterna beskrev att ett bra bemötande vid ett utbrott eller panikångest kunde vara att vårdpersonalen höll sig lugna och tog sig tid att bara sätta sig ner med sin närvaro. När situationen var under kontroll hade vårdpersonalen kunnat fråga om samtal var önskvärt.

Respondenterna tyckte det var av stor betydelse att en individuell handlingsplan upprättades tillsammans med dem och att den följdes av vårdpersonal, för att de skulle kunna bli bemötta på rätt sätt när de mår dåligt. De önskade att vårdpersonalen kunde se och förstå att de var på väg att bli ångestfyllda utan att respondenterna nämnde det. Respondenterna upplevde att det var svårt att sätta ord på hur de kände. De hade önskat att vårdpersonalen hade kunnat uppmärksamma detta. Att kunna se tidiga tecken vid ångest

exempelvis när någon börjar gå fram och tillbaka i korridoren. Att de kan se det och komma fram och hjälpa.

Respondenterna ville att vårdpersonal skulle bemöta dem genom ett icke-dömande förhållningssätt och vara validerande.

*“Att tänka på att personen gör så gott en kan utifrån sina förutsättningar och vad den har med sig i bagaget. Om bemötandet blir mer bekräftande blir utgångsläget en helt annan. JAG är inte fel!. Det är förståeligt att jag känner som jag gör OCH nu får vi hjälpas åt att hitta andra vägar ut ur ångesten.” (1)*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Studien beskriver hur personer med självskadebeteende har upplevt mötet med och hur de hade önskat att bli bemötta av vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård. Författarna valde en kvalitativ metod med induktiv ansats. Henricson (2017) menar att induktion innebär att forskaren utgår från deltagarens levda erfarenheter av ett fenomen. I en induktiv ansats ska det man undersöker belysas så förutsättningslöst som möjligt. Kvalitativ metod lämpade sig bra till denna studie eftersom syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter. Orsaken till valet av kvalitativ metod var också att få en djupare förståelse utifrån studiens syfte. Författarna anser att en kvantitativ metod med litteratursökning inte var aktuellt då det inte fanns tillräckligt med vetenskapligt underlag för ändamålet. En kvantitativ metod genom exempelvis enkäter hade försvårat att ge mer djupgående svar, rika beskrivningar och adekvata följdfrågor utifrån studiens syfte och således svårare att ge en djupare samt tillförlitlig analys (Henricsson, 2017).

### *Urval*

Studiens urval bestod av både män och kvinnor 18-40 år som haft ett självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård. Enligt Henricson (2017) är strategiskt urval ett sätt för att få informationsrika beskrivningar av ett fenomen som ska svara på syftet vilket var applicerbart på föreliggande studie. För att få variationsrika berättelser från



respondenterna valdes både kvinnor och män i åldrarna 18-40 år. Nio respondenter intervjuades i studien, varav åtta kvinnor och en man. Respondenterna var representerade från Skåne. Den geografiska tillhörigheten bland respondenterna kan ha påverkat resultatet. En orsak kan vara att sjukvården ser annorlunda ut i olika delar av landet och respondenterna kan därför ha olika erfarenheter med sig. Trots att respondenterna var begränsade till antalet gavs rika beskrivningar i datamaterialet. Hade fler respondenter deltagit i studien hade detta även kunnat ge rika beskrivningar men på grund av tidsbrist var det inte aktuellt att ha med fler studiedeltagare. Enligt Henricson (2017) är det viktigare att inkludera få respondenter då de kan ge olika erfarenheter med rika beskrivningar av fenomenet.

### *Datainsamling*

Fyra respondenter intervjuades på plats och fem stycken intervjuades via Zoom. Författarna ansåg det fördelaktigt att både kunna se och höra respondenterna på plats och även via Zoom, för att lättare få en djupare kontakt och tydligare kommunikation. Om telefonintervju använts hade det inte varit möjligt att iaktta kroppsspråk och ansiktsuttryck. Fördelen med att göra intervjuer på plats kan vara att författaren lättare kan iaktta ansiktsuttryck och avläsa känslouttryck. När intervjuerna genomfördes både på plats och via Zoom upplevde författarna att respondenterna kände sig trygga och avslappnade vilket kan ha påverkat datainsamlingen.

En pilotintervju testades för att öka tillförlitligheten. Båda författarna medverkade i pilotintervjun. Syftet till detta var att undersöka om intervjuguiden var hållbar och att intervjutekniken fungerade. Denna pilotintervju inkluderades i resultatet då den svarade väl mot syftet. En metod med semistrukturerad intervju med öppna frågor användes i studien. Syftet med öppna frågor menar Henricson (2017) ger svar på personers upplevelser, känslor, erfarenheter, åsikter och uppfattningar vilket var relevant i föreliggande studie. En intervjuguide har använts som stöd till frågorna. Dessa frågor har formulerats i en viss struktur men ibland har följderna av dessa skiftat beroende på respondenternas berättelser. Målet med intervjuerna har varit en så ostörd och trygg miljö som möjligt för att kunna ge förutsättning för att intervjun skulle bli innehållsrik och djup i förhållande till syftet med studien.

## *Dataanalys*

Enligt Henricsson (2017) ökar studiens trovärdighet och pålitlighet i resultatet när författarnas handledare har varit delaktig i analysprocessen och resultatet vilket förekom i föreliggande studie (Henricsson, 2017). Transkriberingarna av intervjuerna påbörjades direkt efter varje intervju och därmed hade författarna respondenternas ansiktsuttryck och känslouttryck färskt i minnet. Detta för att påbörja en mer korrekt analys av deras svar.

Henricson (2017) menar att för att få så noggrann transkribering av datainsamlingen som möjligt ska transkriberingen ske så ordagrant som möjligt. Författarna hade detta tillvägagångssätt för att öka trovärdigheten. Vid samtliga intervjuer transkriberade författarna hälften var. Genom att fördela transkriberingen jämt mellan författarna kunde detta öka tillförlitligheten. Två av intervjuerna genomfördes enskilt av författarna. Vid dessa fall transkriberade författarna varandras intervjuer. Orsaken till detta var att båda författarna skulle få höra respondenternas röst, tonläge och känslouttryck för att lättare kunna genomföra dataanalysen. Efter varje transkribering gjordes utskrifter på A4 papper för att senare analyseras. Henricson (2017) belyser att andra sätt att öka pålitligheten i en kvalitativ studie ska det ingå beskrivning av teknisk utrustning för inspelning, utskrifter och även beskrivningar av vem som utfört intervjuerna och vem som transkriberat dem. Detta har presenterats i föreliggande studie.

Författarna har i denna studie haft kontinuerliga diskussioner kring sin förförståelse och tidigare erfarenheter sinsemellan och med handledaren vilket kan ha ökat studiens pålitlighet. Vid dataanalysen läste författarna igenom datamaterialet tillsammans, var för sig och diskuterade även igenom detta med handledaren. I föreliggande studie har analysbeskrivning beskrivits noggrant och författarna menar att detta kan styrka resultatets pålitlighet. Henricsson (2017) menar att bekräftelsebarhet ökar om analysprocessen är tydligt beskriven och att författarna kontinuerligt diskuterar sina ställningstagande under hela forskningsprocessen. Strävan av att vara så neutral som möjligt kan underlättas om andra människor granskar analys och resultatbeskrivning.

Enligt Henricsson (2017) krävs det att resultatet är tydligt beskrivet och att trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet är säkrade för att kunna bedöma resultatets överförbarhet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det författarna som kan ge förslag på om studien har någon överförbarhet men det är läsaren som får bedöma om resultatet kan överföras till ett annat sammanhang. I föreliggande studie presenterades en innehållsrik och bred resultatdel med citat för att illustrera dessa, vilket kan tänkas öka trovärdigheten och bidra med

transparens avseende analysprocessen. Detta menar Graneheim och Lundman (2004) kan förbättra överförbarheten.

### *Förförståelse*

Författarna har erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård och har därmed en förförståelse i ämnet. Förförståelsen blev föremål för diskussioner mellan författarna innan och under studiens förfarande. Dessa diskussioner och reflektioner kan enligt Henricsson (2017) begränsa påverkan på resultatet. Det går dock inte att utesluta att förförståelsen har påverkat dataanalysen och resultatet. Henricsson (2017) menar att genom att medvetengöra förförståelsen stärks pålitligheten och ökar trovärdigheten vilket har redovisats i föreliggande studie.

### *Etiska ställningstaganden*

Författarna anser att hänsyn har tagits i studien till god forskningsetik. Följande moment nedan anser författarna har varit en styrka ur det forskningsetiska perspektivet. Enligt Henricsson (2017) ska krav på informerat och frivilligt samtycke finnas med i ett empiriskt examensarbete vilket har framkommit i studien. Författarna informerade respondenterna att de avbryta sin medverkan i studien om behov fanns utan att ange skäl. Informanterna fick själva bestämma när och var intervju skulle genomföras vilket kunde bidra till en trygghet att prata fritt och även en styrka i studien. En annan styrka var att det var enskilda intervjuer och inte forskningsgruppsintervju vilka kan leda till blygsamhet och rädsla att delge upplevelser och att de påverkas av varandra (Polit & Beck, 2017).

Utifrån tystnadsplikten har forskningsdata avidentifierats och behandlats konfidentiellt genom att respondenternas identitet inte röjts. Detta har skett genom att numrera varje intervju med 1-9. Författarnas förförståelse var att intervjufrågorna kunde väcka obehagskänslor och att respondenterna erbjöds att kontakta SHEDO efter intervjun.

## Resultatdiskussion

### *Distansering*

I föreliggande studie visade resultatet att vårdpersonalens bemötande kunde resultera i att respondenterna kunde få tankar på att vilja självskada eller att de började självskada. Respondenterna kunde uppleva att de blev avvisade och ignorerade när de sökte hjälp hos vårdpersonal. Detta skapade en fruktansvärd känsla och kunde göra att respondenterna fick ökad ångest och detta ledde till självskadetankar och självskadehandlingar. När vårdpersonal bemötte respondenterna med ilska och visade oförståelse till orsaken bakom självskadan blev följden av detta blev att ångest och självskadebeteendet ökade. Liknande resultat framgår även i I Gilje et al. (2004) att respondenterna upplevde att vårdpersonalen kunde skrika på dem och att upplevelsen var att man störde vårdpersonalen när de sökte hjälp efter en självskada (Gilje et al. 2004). I Glover & O' Connor (2017) studie framkom det att vårdpersonal tyckte att patienter med självskadebeteende kunde väcka starka känslor hos dem och det kunde väcka reaktioner som var fientliga och undvikande (Glover & O' Connor, 2017).

I föreliggande studie framkom upplevelser av att självskadan blev en identitet för att visa att man mådde fruktansvärt dåligt. Detta bekräftas även i Glover & O'connors (2017) studie att patienterna kunde uppleva att vårdpersonal bemötte dem med bortstötning och visade dem frustration vilket kunde leda till att patienterna kunde få ett upprätthållande av självskadebeteendet (Glover & O' Connor, 2017). Respondenterna hade redan svårt att söka hjälp hos vårdpersonal då många hade tidigare erfarenheter av att känna sig avvisade. När de blev bemötta med negativt bemötande som exempelvis avvisning, ignorans, ilska och oförståelse bidrog detta till att respondenterna hade ännu svårare för att söka hjälp nästa gång. Respondenterna upplevde även att deras tankar och känslor inte togs på allvar eller blev bekräftade. Respondenterna i föreliggande studie upplevde vidare att vårdpersonalen hade en ovilja att förstå och att deras uppfattning om sanningen var den enda. Detta bekräftas även av Gilje et al. (2004) att patienterna upplevde att vårdpersonal inte tog deras åsikter på allvar och de kunde uppleva att de blev förolämpade av vårdpersonal. Lindgren, Öster, Åström och Hällgren Graneheim (2011) har gjort en studie där det framkom att vårdpersonalen framhöll en auktoritär position gentemot patienterna. Vårdpersonalen kände att de ville ge patienterna rätt hjälp och vård men de upplevde att de hade ett mandat att bestämma vad hjälpen skulle vara (Lindgren, Öster, Åström och Hällgren Graneheim, 2011),

I föreliggande studie framkom att respondenterna upplevde att vårdpersonal inte bemötte dem som en individ utifrån deras behov. Exempel på detta kunde vara när de hade ångest och önskade stöd och samtal, istället fick de vid behovs medicinering. Upplevelsen av att känna sig nerdrogad av medicinen var närvarande. De upplevde att deras känslor inte togs på allvar och att vårdpersonalen inte såg deras behov. Respondenterna upplevde då frustration, kände hopplöshet och kände sig hjälplösa. Liknande bemötande visade sig i Gilje et al. (2004) studie att patienterna upplevde att dem inte blev sedda som en individ av vårdpersonal. De upplevde en fruktansvärd känsla när vårdpersonal inte kunde se att patienterna hade både tillgångar och var sårbara. Patienterna upplevde att de blev stigmatiserade av vårdpersonal som bemötte dem med brist på respekt, de blev objektifierade och blev bemötta som objekt som inte har någon själ (Gilje et al., 2004). I föreliggande studie framkom att när respondenterna var inlagda inom heldygnsvård fanns där ingen vårdpersonal som var tillgänglig och som var engagerad att hjälpa dem och det upplevdes som att dem var inlåsta och övergivna. Detta bekräftas även av Gilje et al. (2004) att patienterna kände sig övergivna när de var inom heldygnsvård, det upplevdes som ett trauma och att de kände sig mycket sämre när de var ineliggande jämfört med när de var hemma. Vårdpersonal kunde vara belastade och var otillgängliga och det framkom även att vårdpersonal inte tog sig tid att prata med patienterna (Gilje et al., 2004).

### *Närvaro*

I föreliggande studie framkom att när vårdpersonal tog sig tid att umgås och prata med respondenterna upplevdes mer trygghet. Upplevelsen att vårdpersonal hade engagemang till aktiviteter som promenad eller måla i en bok och även tid att prata om ångest och hanteringsstrategier minskade ångesten hos respondenterna. Meningsfulla dagliga aktiviteter anser Bowers et al. (2007) även var betydelsefullt på vårdavdelningar vilket medförde lägre förekomst av självskaedehandlingar. Lindgren et al. (2017) menar att patienterna kämpade med att få en lika ställning i interaktionen med vårdpersonalen. När interaktionen var mer lika upplevdes en gemenskap mellan patient och vårdpersonal (Lindgren et al., 2017). Baserat på föreliggande studie kände respondenterna trygghet och hoppfullhet när en vårdplan genomfördes. I en rekommendation från nationella självskaedeprojektet ingår en riskhanteringsplan som ska innehålla en beskrivning av sårbarhets- och skyddsfaktorer för framtida självskaedebeteende samt en krisplan (Nationella självskaedeprojektet, 2016). I föreliggande studie ville respondenterna bli bemötta av vårdpersonal med ett icke-dömande

förhållningssätt. Vårdpersonal skulle ha ett empatiskt förhållningssätt där de bekräftade respondenternas känslor och tankar. Liknande resultat belystes av Lindgren et al. (2011) att ett positivt bemötande från vårdpersonal var när de lyssnade på dem och visade ett intresse för patienterna, var villiga att hjälpa dem, de underlättade för patienterna att uttrycka sina behov och de tog patientens oro på allvar (Lindgren et al., 2011).

I föreliggande studie var närvarande vårdpersonal som var observanta på respondenternas mående betydelsefullt. När respondenterna mådde dåligt och hade ångest var det betydelsefullt att någon vårdpersonal var närvarande och en klapp på axeln eller en kram kunde vara positivt. Att vårdpersonal bemötte respondenterna som en unik individ med olika behov, tankar och känslor var av stor vikt.

### *Omvårdnadsperspektiv*

Antonovsky (2005) menar att fokus ska vara på faktorer som bidrar till att förflytta individer mot hälsa och att inriktningen ska vara att hitta friskhetsfaktorer istället för sjukdomsfaktorer (Antonovsky, 2005). I föreliggande studie när vårdpersonal bemötte respondenterna med negativt bemötande var upplevelsen hos respondenterna hopplöshet och hjälplöshet och det blev svårare att blicka framåt och se att måendet kunde förbättras.

Antonovsky (2005) menar att begriplighet syftar på i vilken utsträckning en individ kan förstå och förklara och bedöma olika händelser (Antonovsky, 2005). Respondenterna behövde stöd och samtal av vårdpersonal för att få en större begriplighet. Det hade varit betydelsefullt att vårdpersonal hade hjälpt respondenterna exempelvis genom samtal efter en självskadehandling för att de skulle få större begriplighet till självskadebeteendet.

Hanterbarhet menar Antonovsky (2005) syftar på en individs resurser att ha förmåga att hantera och möta olika händelser. Individens resurser kan finnas inom individens egen kontroll och även vara exempelvis vårdpersonal (Antonovsky, 2005). Vårdpersonal kunde genom samtal och stöd hjälpa respondenterna att lättare kunna hantera svåra känslor. I föreliggande studie framkom att när vårdpersonal gemensamt med respondenterna gjorde vårdplan och ångestsstrategier upplevdes detta hjälpsamt. Det var av stor betydelse att vårdpersonal följde dessa vårdplaner och strategier för att lättare kunna stötta respondenterna och att de på detta vis kunde lättare hantera sin ångest.

Antonovsky (2005) menar att meningsfullhet är den viktigaste variabeln i KASAM och syftar på de områden av livet som individen är engagerad i. Detta innebär individens förmåga att känna delaktighet, se en mening, kunna påverka situationer som är värda att

investera känslomässigt i (Antonovsky, 2005). Författarna tror att vårdpersonal hade kunnat hjälpa respondenterna att känna meningsfullhet genom att vara närvarande, vara stödjande och hade ett empatiskt förhållningssätt. Vårdpersonal skulle visa tålmod inför respondenterna och göra dem delaktiga i sin vård. Vårdpersonalens bemötande kan bero på vilket KASAM de har. För att vårdpersonal ska kunna stödja patienter som lider av självskadebeteende krävs det att de känner meningsfullhet att arbeta med denna utsatta grupp. Om vårdpersonal kan hjälpa patienter att känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan individer med självskadebeteende lättare kunna hantera ångest och svåra känslotillstånd.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (HSL, SFS 1982:763). Denna lag gäller även patienter med självskadebeteende. Om dessa patienter blir bemött med ilska, kränkningar och bristande förståelse av vårdpersonal är detta inte professionellt förhållningssätt och inte enligt överenskommelse med lagen. Detta bemötande från vårdpersonal främjar inte till ett bättre mående för patienterna. Det orsakar istället ett större lidande och ett fortsatt självskadebeteende då patienterna inte får rätt vård. Enligt rekommendation från nationella självskadeprojektet ska individer med självskadebeteende bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom såväl vård som administration, skall ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta. Detta gäller särskilt i situationer då individen anses utgöra en fara för sig själv (Nationella självskadeprojektet, 2016).

Vårdpersonal som arbetar med personer med självskadebeteende behöver få ökad kunskap, stöd och handledning (Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson 2007). Det behövs mer kunskapsutveckling hos vårdpersonal gällande hur de ska bemöta patienter som har självskadebeteende. I dessa möten väcks mycket känslor hos vårdpersonal som uttrycker sig som bl.a. ilska, kränkningar och bristande förståelse. Därför krävs det att vårdpersonal får stöd och kontinuerlig handledning. Det finns inte mycket forskning gällande hur personer med självskadebeteende upplever vårdpersonalens bemötande. Det behövs mer forskning för att minska kunskapsluckorna hur man ska bemöta dessa patienter.

## **Konklusion och implikationer**

Studien kan användas av vårdpersonal för att kunna ta del av och få fördjupad kunskap och förståelse för hur personer med självskadebeteende upplever tiden inom heldygnsvård. Det är tydligt att det saknas kunskaper och förståelse för denna grupp individer som har ett stort lidande som många gånger kan förbises av vårdpersonal. Studien kan användas inom psykiatri som ett diskussionsunderlag och ge fokus till patientens upplevelse. Författarna anser att många gånger handlar fokus om att prata om hur vårdpersonalen upplever mötet med personer med självskadebeteende och att det väcker mycket känslor som är svåra att bemästra. Att varje vårdpersonal tar sitt ansvar och ser sin roll och egna agerande i mötet med personer med självskadebeteende och hur det kan påverka dessa individer är av stor vikt för att på ett bättre sätt hjälpa och stötta dessa individer i rätt riktning framåt. Det är därför viktigt att vända på perspektivet och verkligen se personen bakom denna problematik med självskadebeteende och känna till bakomliggande orsaker. Med kunskap och förståelse växer också ett professionellt förhållningssätt fram vilket är en grundstomme för sjuksköterskans profession. Författarna har under studiens arbete mött personer med självskadebeteende i det kliniska arbetet. Upplevelser som respondenterna har delat med sig av i denna studie har gjort det lättare för författarna att kunna bemöta dessa individer på ett sätt som gett mer trygghet och minskat självskadetänkarna. Om fler vårdpersonal kunde ta till sig dessa kunskaper hade möjligtvis personer med självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård kunnat få bättre stöd och hjälp i rätt riktning i framtiden.



## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bježančević, M., Hrzic, H-I., & Dodig-Curkovic, K. (2019). Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatria Danubina*. Vol. 31, No. 4, pp 413-420
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., & Flood, C. (2007). *The City 128 Study of Observations and Outcomes on Acute Psychiatric Wards*. Report to the NHS SDO Programme. NHS SDO Programme, London
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394.
- Conlon, M., O’Tuathail, C. (2010). Measuring emergency department nurses’ attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, Vol 20, pp. 3-13.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning: Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. (Doctoral dissertation). Växjö: Växjö University Press.
- Glover, L., & O’ Connor, S. (2017). Hospital Staff Experiences of Their Relationships with Adults Who Self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol 90(3), pp. 480-501.
- Gilje, F., Lindgren, B.-M., Olofsson, B., & Wilstrand, C. (2004). Struggling for Hopefulness: a Qualitative Study of Swedish Women Who Self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 11, pp. 284-291.
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol 24, pp. 105–112.
- Helleman, M., Lundh, L-G, Liljedahl, S., Daukantaiteb, D., & Westling, S. (2018). Individuals’ Experiences with Brief Admission During the Implementation of the Brief Admission skåne RCT, a Qualitative Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, VOL. 72, (5), pp. 380–386.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Hicks, K., & Hink, M. (2008). Concept Analysis of Self-mutilation. *Leading Global Nursing Research*, Vol 64(4), pp. 408-413.
- International Council of Nurses. (2012). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 20 april, 2020, [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf)
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.
- Klonsky, D. (2007). Non-suicidal Self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 63, pp. 1039–104.
- 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 on Health & and Wellbeing*, Vol 6. (3), pp 1-13
- Mack, M., & McKenzie, H. (2016). Staff Attitudes towards People with Borderline Personality Disorder: Difficulties for Nurses Treating Patients with Mental Health Problems: a Third-year Nursing Student's Perspective. *Mental Health Practice*, Vol 19(8), pp. 31-35.
- McKenzie, K.C., Gross, J.J. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *Psychopathology*, Vol 47, pp. 207–219.
- Muhlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International Prevalence of Non-suicidal Self Injury and Deliberate Self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Vol 6 (1), pp 10-18.
- Nationella självskaideprojektet. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskaidebeteende - Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Hämtad 15 mars, 2020, <https://nationellasjalvskaideprojektet.se/rekommendationer-for-vard>
- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorder: the Voice of Patients. *Research in Nursing Health*, Vol 22, pp. 285-293.
- Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). En nationell kartläggning av förekomsten av självskaidande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatrin. Stockholm: Uppsala
- Polit, D., Beck, C. (2017). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer. 10. ed.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen Hämtad 3 maj, 2020,  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763)

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 3 maj, 2020,  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självska debeteende*. Stockholm: Från  
<https://www.sbu.se/201504>

Turner, B., Dixon-Gordon, K., Austin, S., Rodriguez, M., Rosental, Z., & Chapman, A. (2015). Non-suicidal Self-Injury with and Without Borderline Personality Disorder: Differences in Self-injury and Diagnostic Comorbidity. *Psychiatry Research* Vol 230 (215), pp. 28-35.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wilstrand, C., Lindgren, B-M., Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being Burdened and Balancing Boundaries: a Qualitative Study of Nurses' Experiences Caring for Patients Who Self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 14. pp 72-78.

## Bilaga 1 (2)

### Intervjuguide

<b>Frågor</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Berätta om dina upplevelser av bemötandet från vårdpersonal inom heldygnsvård när du har ett självskadebeteende?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hur påverkas du känslomässigt i mötet med vårdpersonal inom heldygnsvård?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du berätta om en eller flera händelser med negativa upplevelser i mötet med vårdpersonal inom heldygnsvård?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du berätta om en eller flera händelser med positiva upplevelser i mötet med vårdpersonal inom heldygnsvård?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hur skulle du vilja bli bemött av vårdpersonal inom heldygnsvård?</li></ul>
<b>Följdfrågor</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du utveckla detta?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hur menar du?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vad innebär detta?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vad kände du?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vad tänker du om detta?</li></ul>

## Bilaga 2 (2)

### Brev till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: *Upplevelser av bemötandet inom psykiatrisk heldygnsvård hos personer med självskadebeteende. En intervjustudie.*

Vi vill undersöka hur personer med självskadebeteende upplever mötet med vårdpersonal. Få studier har publicerats kring detta ämne. Fler studier finns av vårdpersonalens upplevelser i mötet av patienter med självskadebeteende.

Studien riktar sig till personer mellan 18-40 år med erfarenhet av självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård. Ingen pågående vård inom psykiatrisk heldygnsvård får förekomma.

En semistrukturerad intervju kommer att användas utifrån en intervjuguide.

Mellanhand kommer att ge information om studien till eventuella studiedeltagare och lämna ut informationsbrev och samtyckesblankett. Eventuella studiedeltagare får då ta ställning till om de tillhör studiens målgrupp. De som önskar att delta i studien meddelar oss via mejl eller telefon. Därefter kommer personerna att kontaktas av oss då vi tillsammans bestämmer tid och plats för när intervjun ska äga rum. Samtyckesblanketten undertecknas på plats innan intervjun. Om det blir aktuellt att genomföra intervjun via Zoom skickas samtyckesblankett i förväg genom snigelpost eller inskannad via mail.

Med deltagarnas tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst. Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att ange skäl varför. Informationen som deltagaren lämnar kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Det insamlade datamaterialet kommer att vara intervjuer i form av ljudfiler, dessa kommer att sparas fram till uppsatsen är examinerad och godkänd och därefter raderas. Enskilda intervjusvar kommer inte att återföras till hälso- och sjukvårdspersonal.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatri och kommer inte i någon del genomföras i hälso- och sjukvårdens regi.

## Brev till studiedeltagare

Titel på studien: *Upplevelser av bemötandet inom psykiatrisk heldygnsvård hos personer med självskadebeteende. En intervjustudie.*

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Vi vill undersöka hur personer med självskadebeteende har upplevt mötet med vårdpersonal inom psykiatrisk heldygnsvård.

Studien riktar sig till dig som är mellan 18-40 år. Du ska ha erfarenhet av självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård. Du ska inte ha någon pågående vård inom psykiatrisk heldygnsvård.

Vi skulle vilja göra en intervju med dig. Intervjun kommer att handla om dina upplevelser i mötet med vårdpersonal och dina erfarenheter kring det. Frågorna kommer att beröra både positiva och negativa upplevelser. Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av Sara Nilsson och Nils Eriksson. Vi erbjuder plats för intervjun alternativt att du själv föreslår plats. Det finns även möjlighet att genomföra intervjun via appen zoom.

Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst. Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information och citat som lämnas ut kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt d.v.s. ingen obehörig kommer att få tillgång till den. Enskilda intervjusvar kommer inte att återföras till hälso- och sjukvårdspersonal.

Det insamlade datamaterialet kommer att vara intervjuer i form av ljudfiler, dessa kommer att sparas fram till uppsatsen är examinerad och godkänd och därefter raderas.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatri och kommer inte i någon del genomföras i hälso- och sjukvårdens regi.

Om ni önskar att delta i studien vänligen meddela oss via mejl eller telefon. Därefter kommer du att kontaktas av oss då vi tillsammans bestämmer tid och plats för när intervjun ska äga rum.

Samtyckesblanketten undertecknas på plats innan intervjun. Om det blir aktuellt att genomföra intervjun via Zoom skicka samtyckesblankett i förväg genom post eller inskannad via mail.

## Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om: *Upplevelser av bemötandet inom psykiatrisk heldygnsvård hos personer med självskadebeteende. En intervjustudie.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

*Underskrift av studiedeltagare*

*Underskrift av student*

---

---

Ort, datum

Ort, datum

---

---

Underskrift

Underskrift

---

---

Telefonnummer

Telefonnummer

---