

Omvårdnad för personer med självskadebeteende

En studie om utvecklingsbehov

FÖRFATTARE	Kajsa Sjöberg Afsoon Ganjaei
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 högskolepoäng/OM5380 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Nils Sjöström
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Omvårdnad för personer med självskaðebeteende – En studie om utvecklingsbehov
Titel (engelsk):	Nursing for people with Non Suicidal Self Injury
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/OM5380 Se kursplan
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	32 sidor
Författare:	Kajsa Sjöberg & Afsoon Ganjaei
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

INTRODUKTION: Forskning ur såväl sjuksköterske- som patientperspektiv framhåller brister inom psykiatrisk slutenvård för personer med självskaðebeteende. Omvårdnad för personer med självskaðebeteende är ett kunskapsfattigt område som i denna studie undersöks utifrån ett teoretiskt avstamp i Personcentrerad vård och Patientologi.

SYFTE: Utifrån personers egna erfarenheter av att vårdas för självskaðebeteende inom psykiatrisk slutenvård är syftet med denna studie att belysa utvecklingsmöjligheter för omvårdnaden av denna patientgrupp.

METOD: Sju deltagare, samtliga kvinnor i åldrarna 25-31, intervjuas om deras erfarenheter av omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård. Den transkriberade texten analyseras och kategoriseras enligt existentiell hermeneutisk forskningsansats.

RESULTAT: Kategoriseringen av intervjuerna ledde fram till sju utvecklingsområden av omvårdnad för personer med självskaðebeteende. Kunskap, Miljö, Information, Rutiner, Delaktighet, Bemötande samt Sjuksköterskans agerande.

KONKLUSION: Utveckling av omvårdnad förhindras eftersom självskaðebeteende stigmatiseras inom psykiatrisk slutenvård. Istället för uppfattningen att restriktioner skulle kunna få problematiken att försvinna, bör självskaðebeteende ses som ett tecken på psykiskt lidande och behandlas därefter. Utifrån patientberättelsen bör omvårdnaden formas av intresse för de bakomliggande orsakerna till att varje individ skadar sig själv. Sjuksköterskans huvuduppdrag blir då att stötta och vägleda patienten till alternativa sätt att lindra lidandet.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Research from both nurse and patient perspective highlights shortcomings in psychiatric inpatient care for people with Non-Suicidal Self-Injury (NSSI). Nursing for people with NSSI, a subject in need for further knowledge, is in this study examined through a theoretical framework based on Person-Centered Nursing and Patientology

AIM: Based on people's own experiences of being cared for NSSI in psychiatric inpatient care, the aim is to elucidate development opportunities for the nursing care of this group of patients.

METHOD: Seven informants, all women aged 25-31, were interviewed about their experiences of nursing in psychiatric inpatient care. The transcribed text was analyzed and categorized according to an existential hermeneutic research approach.

RESULTS: The categorization of the interviews resulted in seven areas of nursing in need of development. Knowledge, Environment, Information, Routines, Involvement, Communication and The nurse's actions.

CONCLUSION: Development of nursing is prevented since NSSI is stigmatized within psychiatric inpatient care. Rather than the idea that restrictions solves the problem, NSSI should be seen as a sign of psychological distress and be treated accordingly. Out of respect for the patient's thoughts and beliefs, nursing should be formed with concern for the underlying causes of each individual injuring him/herself. The nurse's main assignment will then be to support and guide the patient towards alternative ways to ease the suffering.

Non-Suicidal Self-Injury, Self-Harm, Nursing, Caring, Person-Centered, Development

FÖRORD

Först och främst är vi oerhört så tacksamma för att vi fick förtroendet att lyssna till de berättelser som deltagarna i den här studien delade med sig av.

TACK för att Ni gjorde detta möjligt!

Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare, Nils "Nisse" Sjöström, som brottats med vår envishet och uppmuntrat oss hela, långa vägen fram till mål.

/Kajsa Sjöberg & Afsoon Ganjaei

INTRODUKTION	7
INLEDNING	7
BAKGRUND.....	7
SJÄLVSKADEBETEENDE	7
Definition	7
Diagnos	8
Prevalens	8
Behandling	8
Psykiatrisk omvårdnad.....	9
TEORETISK REFERENSRAM	11
Personcentrerad vård.....	11
Förutsättningar	11
Omvårdnadsmiljö.....	11
Personcentrerad process	12
Resultat.....	12
Patientologi	12
TIDIGARE FORSKNING	13
PROBLEMFÖRMULERING	14
SYFTE.....	14
METOD.....	15
URVAL	15
DELTAGARE.....	15
DATAINSAMLING.....	15
DATAANALYS	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
Risk/Nytta	16
Information	17
Samtycke.....	17
Konfidentialitet	17
RESULTAT	18
KUNSKAP	18
MILJÖ	19
INFORMATION	20
RUTINER.....	20
DELAKTIGHET	21

BEMÖTANDE	22
Upplevelsen av att inte bli sedd	22
Upplevelsen av att ingen lyssnar	22
Upplevelsen av att inte bli respekterad	23
Upplevelsen av välvilja	23
SJUKSKÖTERSKANS AGERANDE	24
Omvårdnad – En saknad del av behandlingen	24
Bristande omhändertagande – självskadebeteende stigmatiseras	25
Omvårdnad som bryter normen	26
DISKUSSION	28
METODDISKUSSION	28
RESULTATDISKUSSION	29
KONKLUSION.....	31
REFERENSER.....	32

INTRODUKTION

INLEDNING

Forskning ur såväl sjuksköterske- som patientperspektiv visar att den psykiatriska slutenvården brister vad gäller personalens kunskap om självskadebeteende samt att man inom slutenvården, i stor utsträckning, saknar rutiner och arbetsmetoder för omhändertagande av personer med självskadebeteende. Utifrån personers egna erfarenheter ämnar vi, med den här studien, söka kunskap om hur omvårdanden kan förbättras för personer med självskadebeteende inom psykiatrisk slutenvård.

I denna studie förekommer begreppen *person* och *patient* parallellt, vilket kräver sitt förtydligande. Då det talas om *personer* avses personer med självskadebeteende i stort. När det däremot talas om en person med självskadebeteende som är i vårdrelation med en sjuksköterska, eller övrig vårdpersonal, används för tydlighetens skull begreppet *patient*.

BAKGRUND

Efter utvärderingen av Regeringens satsningar på psykiatrin mellan åren 2007-2011 gav Socialdepartementet i uppdrag att utforma en handlingsplan, kallad PRIO psykisk ohälsa, med syfte att lyfta fram särskilt prioriterade områden inom psykiatrin (Socialdepartementet, 2012). Målsättningen med PRIO psykisk ohälsa är att med strategiska insatser och interventioner möjliggöra förändringsarbete och på sikt nå en hållbar utveckling mot en förbättring av den psykiatriska vården i Sverige. Handlingsplanen gäller mellan 2012-2016 och arbetet kommer under de här åren att koncentrera sig på två huvudkategorier; Barn och Unga samt Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Ett av fyra delmål, under kategorin Barn och Unga, är att minska självskadebeteende, suicidförsök och suicid hos barn och unga (a.a). Som ett led i detta lanserades Nationella Självskadeprojektet, som är en överenskommelse mellan Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting med målsättning att samordna och utveckla insatserna för att minska antalet unga med självskadebeteende (Nationella Självskadeprojektet, 2014). Arbetet består bland annat av att öka kunskapen om självskadebeteende, förbättra förutsättningarna för ett tidigt omhändertagande, minska inläggningar i slutenvården samt minska användandet av tvångsåtgärder (a.a).

SJÄLVSKADEBETEENDE

Definition

Självskadebeteende innebär att en person avsiktligt skadar sig själv utan medvetet suicidsyfte genom att exempelvis rispa, skära, bränna eller slå sig själv (Favazza, 2011). Till skillnad från suicid och suicidförsök, som ses som en flykt från psykisk smärta, är självskadebeteende ett sätt att hantera, ta kontroll över eller stå ut med smärtsamma tankar och känslor (a.a).

Oavsett om självskadebeteendet används som strategi för att döva starka känslor, bryta ett dissociativt tillstånd, straffa sig själv eller lindra ångest har det som gemensam nämnare att självskadan ger en kortsiktig lindring av den bakomliggande psykiska smärtan (Favazza, 2011., Nationella Självskadeprojektet, 2014., Skegg, 2005).

Diagnos

I de diagnostiska systemen DSM-IV, DSM-V och ICD-10 är självskadebeteende ett av flera symtomkriterier under diagnoserna borderline personlighetsstörning (APA, 2002., APA, 2013) eller emotionellt instabil personlighetsstörning (Socialstyrelsen, 2011).

Under arbetet med att ta fram den femte versionen av DSM, som gavs ut 2013, har man haft som förslag att låta självskadebeteende bli en egen diagnos eftersom det är ett problembeteende som förekommer självständigt oberoende av föreliggande personlighetsstörningsdiagnos (Selby, Bender, Gordon, Nock & Joiner, 2011). De föreslagna diagnoskriterierna stärker Favazzas (2011) definition av självskadebeteende både vad gäller typ av skada och orsaken till den samma. Den föreslagna diagnosen; Non Suicidal Self Injury (NSSI), skulle inbegripa skador som lämnar spår på kroppens yta och som sker med huvudsakligt syfte att lindra lidande (APA, 2013., Stetka & Correll, 2013). I den slutgiltiga versionen av DSM-V skrevs dock NSSI in under sektion 3, och är således ett av flera tillstånd som kräver ytterligare forskning innan det godtas som psykiatrisk diagnos (Lundh, 2014., Grohl, 2012).

Prevalens

Forskningen på området har genom åren utmanats av en spretande terminologi och av den anledningen har det exempelvis varit svårt att skilja självskadebeteende från suicidhandlingar vilket resulterat i svårigheter att nå en tillförlitlig siffra avseende prevalens. Enligt Socialstyrelsen (2004) beräknas prevalensen av självskadebeteende inom vuxenpsykiatrisk slutenvård till mellan 21-44 % baserat på internationella studier. I Sverige saknas ännu siffror på förekomst i normalpopulation såväl som inom psykiatrisk slutenvård. Kunskap om detta väntas komma i och med en pågående studie om klinisk prevalens i Sverige (Nationella Självskadeprojektet, 2014).

Behandling

Som tidigare nämnts varierar orsakerna till varför en person skadar sig själv, likaså skadornas omfattning och allvarlighetsgrad. Innan rätt behandling kan upprättas behöver därför självskadebeteendets funktion och betydelse kartläggas för varje individ, vilket görs genom samtal med den enskilde (Nationella Självskadeprojektet, 2014., Socialstyrelsen, 2004).

På uppdrag av Nationella Självskadeprojektets skapade Lundh, Sterner, Eriksson, Åkerman, Liljedahl och Bjärehed (2012) en kunskapsöversikt bestående av fem separata rapporter. Kunskapsöversikten visar fyra gemensamma faktorer som har betydelse vid behandling av självskadebeteende:

- Tydlig behandlingsstruktur och given kontinuitet.
- Att vårdgivaren har ett empatiskt förhållningssätt och strävar efter att giltiggöra känslor, lyssna och förstå.
- Att behandlingsmetoden syftar till ökad emotionell medvetenhet och förbättrad känsloreglering.
- Strategier som motverkar risken för att vården eller vårdandet leder till att personen försämras i sitt självskadebeteende.

Kunskapsöversikten listar exempel på psykologiska behandlingsmetoder som har bevisat god effekt vid självskadebeteende och nämner bland annat: Dialektisk Beteendeterapi – DBT, Mentaliseringsbaserad Terapi – MBT och Emotional Regulation Group Therapy – ERGT. Vidare lyfter författarna fram betydelsen av att personalen, oavsett yrkeskategori, själva valt att arbeta med självskadebeteende för att vårdrelationerna och därmed även behandlingen ska ges bästa förutsättningar att bli hållbar och gynnsam (Lundh et.al, 2012).

Farmakologisk behandling vid självskadebeteende syftar, utöver behandling av akut ångest och sömnsvårigheter, till att behandla eventuell förekomst av bakomliggande samsjuklighet så som exempelvis ångest och depression (Socialstyrelsen, 2004).

Psykiatrisk omvårdnad

Omvårdnadsforskningen har fortfarande stora luckor att fylla när det kommer till den praktiska kunskapen om hur vi bäst omhändertar personer med självskadebeteende. Det vi hittills vet är att mötet med en person som medvetet skadat sig själv väcker känslor hos vårdpersonal och att detta ställer krav på graden av professionalism (Lindgren, 2011., Sandy, 2013). God omvårdnad av personer med självskadebeteende bör formas av intresse för personens berättelse och för de bakomliggande orsakerna till att varje enskild person skadar sig. Skadorna skall tas omhand utan att fördöma och skuldbelägga och fokuseringen bör ligga på händelseförloppet som ledde fram till skadetillfället snarare än på själva sårerna i sig. (Lundh et al., 2012., Nationella Självskadeprojektet, 2014).

Den psykiatriska omvårdnaden bottnar i en holistisk människosyn och består av teoretisk kunskap och praktiska färdigheter som syftar till att tillgodose patientens behov. En legitimerad sjuksköterska inom psykiatrisk vård har som huvudsakligt uppdrag att kunna härbärgera patientens psykiska smärta och med kunskap och färdigheter stötta patienten att övervinna sitt lidande (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

I brist på evidensbaserad kunskap hämtad ur omvårdnadsforskning, kan sjuksköterskan med fördel inhämta redskap från andra discipliner så länge det görs inom ramen för sjuksköterskans ansvarsområde (Wiklund-Gustin, 2012). Sjuksköterskor och skötare inom psykiatri kan ges möjlighet att utbildas inom exempelvis, Kognitiv beteendeterapi, Motiverande samtal och Dialektisk beteendeterapi. Utifrån omvårdnadsperspektiv används metoderna inte i psykoterapeutiskt syfte, utan ger snarare ett terapeutiskt förhållningssätt kombinerat med konstruktiva redskap att använda i mötet med en patient i olika situationer (Rollnick, Miller & Butler, 2009., Wiklund-Gustin, 2012).

Motiverande samtal – MI utformades som metod i början av 1980-talet och var då främst inriktad på behandling av alkoholmissbruk (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Sedan dess har

metoden prövats på en rad olika tillstånd, sjukdomar och problem som alla har gemensamt att en beteendeförändring hos den enskilde är förutsättningen för ett långsiktigt ökat välbefinnande. Ur sjuksköterskeperspektiv innebär MI att sjuksköterskan med ett empatiskt lyssnande söker förståelse för patientens livssituation och värderingar. Arbetet bygger på samarbete mellan sjuksköterska och patient som tillsammans utforskar patientens motivation till förändring av ett beteende. Värnandet om patientens autonomi är centralt och med MI som redskap ingår det därför inte i sjuksköterskans roll att fokusera på utfallet utan att istället finnas till hands för att lyssna, vägleda och informera (a.a).

Dialektisk beteende terapi – DBT utvecklades som en metod inriktad på behandling av personer med borderline personlighetsstörning och har visat på goda behandlingsresultat sedan den utvecklades i början av 1990-talet (Linehan, 1993). DBT kännetecknas av att man tillsammans med patienten skapar en kedjeanalys av händelser som lett fram till en självskada. Metoden innehåller moduler där patienten bland annat får kunskap och träning i att hantera känslor och stress. Det som också utmärker DBT är att patienten, vid sidan om strävan efter förändring, tränas i att acceptera sig själv och att det i behandlaren roll ingår att bekräfta patientens känslor och tankar samt berömma även små framsteg (Linehan, 1993., Lundh, 2012). Det har visat sig att sjuksköterskor som tränas i DBT upplever arbetet som mindre stressfyllt framförallt för att man genom metoden får tillgång till användbara redskap i mötet med patienten (Perseius, Käver, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2007).

DBT har anammat metoder för exempelvis stresshantering sprungna ur österländsk tradition, var av en sådan är Mindfulness, som sjuksköterskor efter utbildning kan handleda patienter i. Genom andning och avslappning syftar mindfulnessmeditation till att träna sig till att vara medvetet närvarande i stunden (Wiklund-Gustin, 2012).

Bolltäck, eller kedjetäck, förskrivs av arbetsterapeut och har bevisat god effekt vid sömnstörningar hos barn (Hvolby & Bilenberg, 2011). Genom taktil stimulans av huden, muskler och sensor stimuleras centrala nervsystemet vilket leder till en lugnande effekt. Täckten ger en omslutande känsla av kroppen som bidrar till muskelavslappning och en känsla av trygghet (a.a). Klinisk erfarenhet säger att tyngdtäcken har god effekt även vid ångest.

Brukarorganisationen SHEDO vänder sig till personer vars problematik främst rör självskadebeteende och ätstörningar (SHEDO, 2014). Föreningen arbetar för att sprida kunskap, motverka stigmatisering och strävar efter ett salutogent förhållningssätt medlemmar emellan. I linje med detta har man utformat en så kallad "Färdighetslista" som finns att hämta på föreningens webbplats. Listan ger förslag på alternativa sätt att hantera sitt illabefinnande och föreningen uppmuntrar personer med självskadebeteende till att ta hjälp av listan när skadetänkarna kommer. Under kategorin "Stå ut" föreslår man strategier som avleder från smärtsamma tankar och känslor, exempelvis ringa en vän och prata om annat, städa eller fokusera på andning. Under kategorin "Få utlopp för starka känslor" uppmuntrar man till att verbalisera känslorna genom att skriva ner dem samt olika sätt att få utlopp för fysisk energi. Under kategorin "Färdigheter för att tvinga bort negativa känslor" föreslår man avledande aktiviteter samt tankeövningar som syftar till att styra tankarna i en mer positiv riktning som sedan kan ge en känslomässig lindring (a.a). Enligt författarnas kliniska erfarenhet är föreningen SHEDO välkänd bland personer med självskadebeteende och många upplever att färdighetslistan varit och är till god hjälp.

TEORETISK REFERENSRAM

Personcentrerad vård

I denna studie utgår vi ifrån en teoretisk bas som välkomnar mötet mellan sjuksköterska och patient och som värnar om patientens ställning. McCormack & McCance (2010) ritat upp ramverket för personcentrerad omvårdnad och lyfter fram de fyra hörnstenarna: Förutsättningar, Omvårdnadsmiljö, Personcentrerad process samt Resultat.

Kommentar [KS1]: Ändrat.

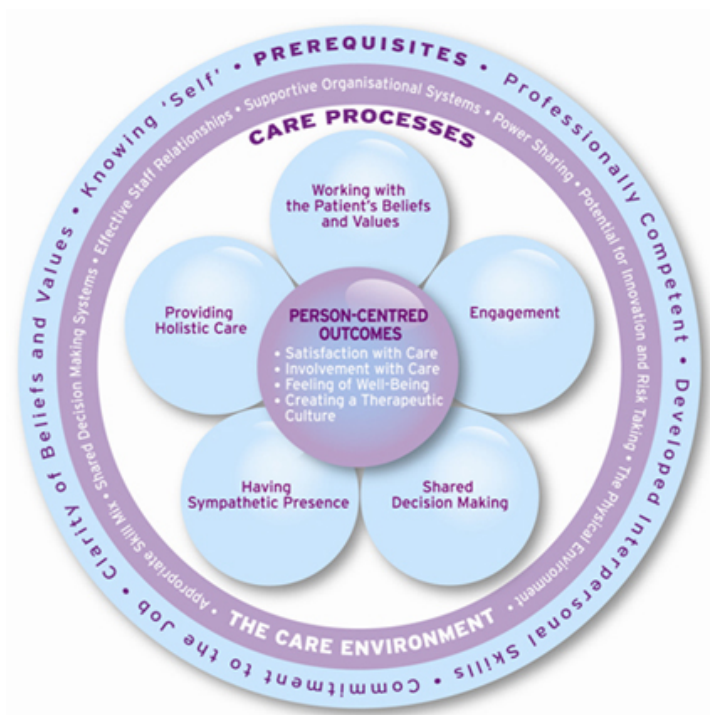


Figure 3.1 The PCN Framework (McCormack & McCance, 2010, s. 34)

Förutsättningar

Personcentrerad vård förutsätter en sjuksköterska med attribut, eller kvalitéer, i form av professionell kompetens, hög kommunikativ förmåga, vilja att bedriva vård som är bäst för den enskilde samt kännedom om sina egna värderingar och om sig själv som aktiv part i ett samarbete med andra (McCormack & McCance, 2010).

Omvårdnadsmiljö

McCormack och McCance (2010) beskriver omvårdnadsmiljön som den kontext i vilken omvårdnaden levereras och lyfter fram organisatoriska frågor såväl som ledarskapsfrågor som tillsammans möjliggör att personcentrerad vård kan bedrivas. Förutom den fysiska miljön syftar man här även på teamets sammantagna kompetens, att det finns ett system för

gemensamt beslutsfattande samt en stöttande organisation som underbygger maktfördelning, innovation och risktagande (a.a).

Personcentrerad process

Omvårdnaden som kännetecknar personcentrerad vård är holistisk till sin karaktär och baseras på sjuksköterskans engagemang och vilja att förstå varje enskild patient. Att lära känna patientens värderingar och övertygelser, skapa sig en bild av hur patienten värdesätter sitt liv och hur han/hon hanterar den förändring som sjukdomen innebär, menar McCormack och McCance (2010) är den fundamentala principen i personcentrerad vård. Först därefter kan sjuksköterskan upprätta omvårdnad som sker i samklang med patientens önskemål och med respekt för patientens autonomi och självbestämmande. McCormack och McCance (2010) påpekar att omvårdnad enligt den personcentrerade processen står i relation med sjuksköterskans förutsättningar och omvårdnadsmiljön, så som beskrivits enligt ovan, och att resultatet av den personcentrerade vården formas av dessa tre komponenters respektive innehåll.

Resultat

Personcentrerad vård förväntas ge patienter som är nöjda med sin vård och som upplever sig vara delaktiga i sin vård samt upplever en högre grad av välbefinnande. Därtill förväntas personcentrerad vård skapa en terapeutisk miljö som präglas av ett fungerande teamsamarbete där beslut fattas gemensamt och ett transformativt ledarskap där innovativa lösningar uppmuntras (McCormack & McCance, 2010).

Patientologi

Patientologi, som språkligt betyder kunskap om patienten, belyser fyra centrala beståndsdelar i uppbyggnaden av ett personcentrerat arbetssätt: Hermeneutik, Berättelser, Epistemologi samt Ontologi & etos (Graubaek, 2012). Genom ett hermeneutiskt förhållningssätt, alltså med strävan efter att förstå den enskildes berättelse, får sjuksköterskan tillgång till patientens livsvärld och därigenom kunskap om vad som är meningsbärande för varje individ. Precis som McCormack och McCance (2010) lyfter Graubaek (2012) upp det som kännetecknar sjuksköterskans kunskande. Utöver kunskap förankrad i vetenskap har sjuksköterskan ett etiskt ansvar i att avgöra vad som är bra/dåligt och rätt/fel trots motstridiga värderingar och principer. För att kunna använda sig av sig själv i sin profession krävs självkännedom samt kännedom om sig själv i samspelet med andra och slutligen förmågan att förstå en situation och ta hjälp av sin kreativitet när det kommer till problemlösning (a.a).

Graubaek (2012) resonerar kring begreppen ontologi och etos, där ontologi är läran om mänskliga värden och etos innebär kulturella värden. I sjukvården finns båda begreppen representerade i det att exempelvis varje sjukhus och varje avdelning har en grundläggande kultur som avgör vad som är rätt och riktigt, vilket präglar synen på människorna som vistas i just den kulturen. En sjukhusavdelning har således en egen kultur som präglar såväl jargong som människosyn. Även patientkulturen på respektive avdelning har ett eget etos som styr relationsskapet med patienter emellan. Graubaek (2012) menar att både etos och ontologi

är föränderliga över tid och att det är nödvändigt att tala om de kulturella och mänskliga värdena som styr vårt yrkesutövande för att skapa möjligheter för utveckling av omvårdnad.

TIDIGARE FORSKNING

En av de fem rapporterna i kunskapsöversikten till Nationella självskadeprojektet (2014) utgjordes av enkätstudie med syfte att undersöka upplevelser av vården för självskadebeteende samt skillnaden mellan olika vårdnivåer (Eriksson & Åkerman, 2012). Författarna lyfte fram förbättringsområden och pekade framför allt på att många vittnar om dåligt bemötande och om personalens negativa attityder, vilket man härleder till bristande kunskap om självskadebeteende. Resultaten talade starkt för att personer med självskadebeteende upplevde att de fått sämst bemötande och sämst behandling när de vårdats på sluten avdelning under Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Bristerna visade sig bland annat i att patienterna upplevde otrygghet, bristande bemötande, att de blivit utsatta för kränkningar samt att personalen inte förstod dem och inte heller ingav förtroende. Patienter påpekade att det saknades långsiktiga terapeutiska behandlingsmetoder inom slutenvården och att arbetet istället fokuserades på att skydda patienten från att skada sig själv genom övervakning och genom att avlägsna föremål som skulle kunna användas med självdestruktivt syfte. Dessa metoder syftade främst till att skydda personen från ytterligare självskada, men fick, enligt författarna, motsatt effekt då övervakningen inte reducerade behovet av att skada sig utan tvingade patienten till att hitta andra sätt att skada på. Författarna belyste kontakten mellan vårdpersonal och patient som i den här negativa spiralen präglades av oförståelse och frustration snarare än skapandet av en tillitsfull och konstruktiv vårdrelation (a.a).

Kommentar [KS2]: Förbättrat meningen.

Kommentar [KS3]: Lagt till referens.

I en svensk avhandling framkom det att patienter upplevde att vårdpersonalen saknade kompetens, att självskadebeteende stigmatiserades samt att vårdpersonalen saknade strategier för att hjälpa personen att hantera de bakomliggande orsakerna som gör att man skadar sig. Vidare påpekades behovet av sjuksköterskor som strävar efter att bli bättre på att lyssna och försöka förstå den enskilda patientens behov för att därigenom utforma omvårdnad som inger hopp och trygghet (Lindgren, 2011).

Studier som undersöker sjuksköterskans upplevelser av att vårda personer med självskadebeteende är alla eniga vad gäller behovet av ökad kunskap och förståelse (Lindgren, 2011., Gibb, Beautrais & Surgenor, 2010., Conlon & O'Thathail, 2010., Sandy, 2013).

Vissa sjuksköterskor upplevde sig frustrerade av att arbeta med personer med självskadebeteende eftersom de upplevde att de saknade redskap i mötet med patienterna. Andra sjuksköterskor upplevde vårdandet av personer med självskadebeteende som utmanande på ett positivt sätt. Gemensamt var att sjuksköterskor eftersökte debriefing efter svåra händelser samt lyfte behovet av handledning och stöttande ledning som betydande komponenter för att kunna bedriva god vård (Lindgren, 2011).

Gibb, Beautrais & Surgenor (2010) menar att det finns en stark vilja hos vårdpersonal att hjälpa patienter med självskadebeteende, men att många upplever en osäkerhet inför att arbeta med denna patientgrupp på grund av bristande kunskap. Genom ökad kunskap och mer praktisk träning menar Gibb et al. (2010) att personalens självförtroende för uppdraget skulle

öka. Detta stärks även av Conlon & O'Thathail (2010) som menar att ett stöttande ledarskap samt ökad kunskap om självskadebeteende bland sjuksköterskor möjliggör förbättrad vårdrelation mellan patient och sjuksköterska.

Enligt Sandy (2013) har många sjuksköterskor fördomar om att patienter med självskadebeteende skadar sig för att manipulera sin omgivning samt för att söka uppmärksamhet. Genom att öka förståelsen för självskadebeteende och de bakomliggande orsakerna till att en person skadar sig, kan vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska förbättras vilket skulle leda till säkrare och effektivare vård (a.a).

PROBLEMFÖRMULERING

Satsningarna på PRIO psykisk ohälsa och Nationella Självskadeprojektet tillsammans med kunskap hämtad ur tidigare forskning ger en tydlig indikation på att den psykiatriska slutenvården lämnar mycket att önska när det kommer till vård för personer med självskadebeteende. Omvårdnadsforskningen har hittills främst fokuserat på sjuksköterskornas upplevelser av att vårda personer med självskadebeteende och mindre på hur patienterna upplever den vård som erbjuds. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv hämtat ur Personcentrerad vård och Patientologi faller det sig naturligt att studera utveckling av omvårdnad genom att först hämta kunskap ifrån patienternas egna berättelser.

Kommentar [KS4]: Nytt. OBS RUBRIK.

SYFTE

Utifrån personers egna erfarenheter av att vårdas för självskadebeteende inom psykiatrisk slutenvård, är syftet med denna studie att belysa utvecklingsmöjligheter för omvårdnaden av denna patientgrupp.

METOD

URVAL

Deltagare rekryterades dels genom kontakt med öppenvårdsmottagningar i Göteborg med omnejd, dels genom en annons via föreningen SHEDO (SHEDO, 2014). Kontakten med öppenvårdsmottagningarna genererade en deltagare och annonsen genom SHEDO genererade ytterligare sex stycken deltagare.

Av dessa sju var tre bosatta i Göteborgsområdet medan resterande fyra var bosatta på olika orter i södra Sverige. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha vårdats för självskadebeteende inom psykiatrisk slutenvård, att de skulle ha en pågående behandlingskontakt samt att författarna gavs tillåtelse att kontakta respektive behandlare för att informera om deltagarnas val att delta och om studiens syfte. Samtliga sju lämnade ut uppgifter till respektive behandlare, vilka sedan kontaktades per mail och telefon.

DELTAGARE

Deltagarna var sju kvinnor mellan 25-31 år. Samtliga hade erfarenhet av psykiatrisk slutenvård och hade varit inlagda för självskadebeteende vid flera tillfällen.

DATAINSAMLING

Författarna genomförde intervjuerna var och en för sig. Två av intervjuerna genomfördes hemma hos deltagarna, en genomfördes i en lånad lokal på en öppenvårdsmottagning och resterande fyra genomfördes per telefon. Genomsnittlig längd på intervjuerna var en timma.

Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerad intervju och en gemensam intervjuguide med frågeområden framställdes och användes som stöd under intervjuerna (Henricson, 2012). I huvudsak ställdes öppna frågor uppblandat med mer slutna frågor i de fall där mer specifik information eftersöktes. Deltagarna tilläts tala fritt kring varje ställd fråga och följdfrågor ställdes utifrån det som kom upp under intervjun. I linje med en hermeneutisk forskningsansats har intervjuerna utformats enligt antagandet att frågandet i sig, formas av nyfikenhet och viljan att veta det man inte vet. Frågandet är inte förutsättningslöst utan varje fråga har en riktning och intervjuarens perspektiv på ämnet lyser igenom i sättet att ställa frågan. Författarnas förförståelse blir därigenom en del av hur intervjun utformar sig (Ödman, 2007). Intervjuerna inleddes med frågan "Hur började det hela för dig?" vilket öppnade upp för en historisk tillbakablick och gav därigenom en förståelse för deltagarnas hela berättelse som så småningom mynnade fram i erfarenheter från psykiatrisk slutenvård.

Kommentar [KS5]: Nytt.

Intervjuerna spelades in och transkriberades sedan ordagrant.

DATAANALYS

En analys enligt existentiell hermeneutik strävar efter förståelse av en persons berättelse genom att tolka såväl delar av berättelsen som berättelsen i sin helhet. I tolkningsprocessen används författarnas förförståelse som en tredje komponent som tillsammans med tolkningen av berättelsens delar och helhet skapar en cirkelrörelse mellan förförståelse, förståelse och tolkning (Ödman, 2007., Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2001).

I enlighet med uppbyggnaden av en hermeneutisk tolkningsprocess gjordes ett tolkningssystem med strävan att uppfylla del/helhetskriteriet (Ödman, 2007). Analysen inleddes med att båda författarna formulerade sin förförståelse för ämnet vilket baserades på kunskap utifrån litteratur och patientberättelser samt egna kliniska erfarenheter. Samtliga intervjuer lästes igenom och sammanfattades av båda författarna. Sammanfattningarna jämfördes för att säkerställa att intervjutexterna förstås på samma sätt av båda författarna, vilket gav en djupare förståelse för texternas helhet. Efter detta lästes varje intervju en gång till, denna gång med syfte att kategorisera intervjuerna i teman. Kategoriseringarna jämfördes för att undersöka förekomst av gemensamma nämnare. Under kategoriseringsprocessen undersöktes texternas delar var och en för sig och även i relation till varandra. Detta resulterade i sju teman efter vilka intervjuerna genomlästes på nytt. Sista genomläsningen syftade till att jämföra dessa sju teman mot texternas helhet för att säkerställa tolkningarnas validitet. Citat sammankopplades med varje temarubrik vilka därefter presenterades, ibland som löpande text och ibland som direktcitat. För att förtydliga presentationen av resultatet valde författarna att dela upp två teman med subteman (a.a).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Lag om etikprövning i forskning som avser människor (2003:460) samt Personuppgiftslagen (1998:204) verkar för att skydda de personer som medverkar i studier genom att värna om respekt för människovärde, mänskliga rättigheter och personlig integritet. Övervägande av forskningsetiska principer säkerställer att forskningen värnar om deltagarnas rättigheter och välbefinnande samt att forskningen håller hög kvalitet och är till gagn för samhället. Studier som på ett eller annat sätt behandlar känsliga uppgifter eller riskerar att utsätta deltagare för skada måste genomgå etikprövning enligt Etikprövningsnämnden (2014). Denna studie följer riktlinjerna för examensarbete på avancerad nivå utfärdade av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. Studien har inte genomgått etikprövning, däremot visas hänsyn till att deltagandet i studien kan väcka känslor. I enlighet med anvisningar från Helsingforsdeklarationen (2014) har följande forskningsetiska krav beaktats:

Risk/Nytta

Av respekt för att det kan vara smärtsamt att genomföra en längre intervju som ingående går igenom tidigare erfarenheter från psykiatrisk slutenvård, ansåg vi det lämpligt att samtliga deltagare skulle ha en pågående behandlingskontakt. Ett av inklusionskriterierna, att

författarna skulle ges lov att kontakta och informera respektive behandlare, utformades utifrån riskmedvetenhet för att skapa trygghet i såväl deltagande som utförande av denna studie. Studien uppfyller nyttokravet genom behovet av ökad kunskap om omvårdnad för personer med självskadebeteende.

Information

Forskningspersonsinformation utformad enligt etikprövningsnämndens föreskrifter tilldelades deltagarna per mail (Etikprövningsnämnden, 2014). Innan intervjuerna påbörjades gav författarna muntlig information och deltagarna gavs möjlighet att ställa frågor. Deltagarna informerades om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan.

Samtycke

Samtyckesformulär utformades enligt etikprövningsnämndens föreskrifter (Etikprövningsnämnden, 2014) och tilldelades deltagarna innan eller i samband med intervjuerna.

Konfidentialitet

Endast författarna har kännedom om deltagarnas namn och kontaktuppgifter. Den transkriberade texten har avidentifierats och namn på personer, orter och avdelningar har utelämnats ur resultatet. Intervjuerna har förvarats utan åtkomst för obehöriga och efter genomförd analys förstördes allt material.

Kommentar [KS6]: Omskrivet.

RESULTAT

Utifrån syftet att belysa **utvecklingsmöjligheter** för omvårdnad för personer med självskadebeteende resulterade kategoriseringen av intervjuerna i sju teman; Kunskap, Miljö, Information, Rutiner, Delaktighet, Bemötande samt Sjuksköterskans agerande. Under temarubrikerna Bemötande och Sjuksköterskans agerande, delades resultatet upp i subteman.

Kommentar [KS7]: Ändrade från "utvecklingsområden" för att vara konsekvent mot syftet.

Det var tydligt genom intervjuerna att deltagarna i många fall syftade till sjuksköterskor och skötare som en grupp, när de talade om personal. När sjuksköterskor och skötare nämns separat anges det i resultatet. I annat fall, när det syftas till personal, gäller detta alltså både sjuksköterskor och skötare.

KUNSKAP

Deltagarna beskrev att personalen hade bristande teoretisk kunskap avseende självskadebeteende i stort. Man efterlyste därför kurser och föreläsningar i ämnet för att personal skulle ges bättre förutsättningar att möta personer med självskadebeteende.

"Det är ju inte för att de är dumma, det är bara det att de har inte fått utbildningen och då går det ju inte. Kan man inte så kan man inte liksom. Och det spelar ingen roll hur sympatisk man är om man inte vet hur man ska hantera det."

Flera deltagare vittnade om att personal saknade redskap för att kunna möta en person med ångest, att man uppmanades att söka hjälp hos personal men att man av olika anledningar inte fått den hjälp man behöver.

"...man blir ju uppmanad att man ska såhär använda sig av personalen när man känner att man vill skada sig och då har jag ju försökt det, men jag upplever att de inte vet hur man gör, när man, de pratar med nån som mår dåligt. Utan de, ja men jag har fått såhär en bönebok av en skötare fast än jag inte alls är troende, blivit uppmanad att såhär tänka på att jag har en dotter vilket såhär, ja funkar ju inte jättebra när man är svårt deprimerad, eller bara "ja men tänk på allt som är bra i livet"."

Vidare upplevde deltagarna självskadebeteende som stigmatiserat, att personal ofta har förknippat självskadebeteende med personlighetsstörning och att deltagarna därför möttes med fördomar om hur man är och varför man skadar sig. Deltagarna har upplevt att personal ifrågasatte eller ignorerade symtom på ökad ångest, blivit förminskade om de yttrade tecken på ångest eller oro för att sedan möta verbal aggression och hot om utskrivning när ångesten drivit dem till att självskada.

"Att man blev sedd som en sämre människa för att man skadade sig."

"...ja, men det var för att de såg på en som en lägre stående människa för att allting handlade om att jag skulle göra saker för att få uppmärksamhet en stund och då var det att, är man ledsen så "ja men du ska inte ha så mycket tröst för du är borderline och du vill ja liksom, du tar tid från de andra."

”...men att jag borde göra nåt vettigare än att skada mig själv. Och det var ju någon som sa att jag skulle växa upp och sluta leka, ja sånt.”

MILJÖ

Deltagarna nämnde tre aspekter som har påverkat upplevelsen av miljön på avdelningen. Det första var den fysiska miljön som man ofta upplevde som skrämmande med institutionsliknande inredning och låsta dörrar. En deltagare beskrev den fysiska miljön i positiva ordalag, vilket kom sig av möjligheten att kunna visats utomhus i direkt anslutning till avdelningen samt att avdelningens planlösning och inredning gjorde att det kändes inbjudande att sitta ute på avdelningen. Övriga deltagare hade en mer negativ bild av miljön.

”...det var såhär riktigt slutenvårdslås överallt och galler och herregud. Det var egentligen till för psykotiska patienter så det var väldigt jobbigt att hamna där, för jag var inte det.”

”...och avdelningen är jättestor. Jag tycker det är kusligt. Alltså, jag känner mig, jag vet inte. Ja, det känns jätteobehagligt att det är så stort. Det känns inte alls bra att komma dit.”

”...jag vågar inte vara ute i korridoren, jag känner mig övervakad, eller såhär. Eh, och alltså där finns, där finns, det är inte så vad ska man säga, där finns rätt mycket mer saker på den avdelningen. Det är blommor och jag tror till och med där är riktiga såhär persiennsnören, det är det inte på någon annan avdelningen. Så det är mycket liksom, frestelser som man skulle vilja göra. Och sladdar och grejer.”

Det andra som framkom var samspelet med medpatienter där vissa deltagare upplevde att det var tryggt att ha någon som förstod deras situation och som de kunde söka sig till för att få sällskap. Dock lyfte flera deltagare att sällskapet med andra, som också vårdats för självskadebeteende, kunde vara problematiskt eftersom det ofta resulterade i att de hamnade i en gemensam negativ spiral där åsynen av den andras självskador var triggande.

”De enda jag pratade med var ju de andra patienter och vi eggade ju varandra liksom. Så det saknade jag jättemycket plus att eh, jag vet inte vi. Apoteket låg precis utanför och jag och en, jag hade ju inte självskadat. Jag hade inte skurit mig på ganska länge just då, eh, för jag hade så dåligt samvete för min sambo. Men när jag var där så hade jag ju inte honom att må dåligt över. Eh, så vi gick till apoteket och köpte såhär engångsrakhyvlar, hur många som helst och smugglade in på avdelningen.”

”Och se alla bandage och såhär triggade mig jättemycket. Och se ärr...”

Andra deltagare beskrev hur man blivit skrämmd av att se andra som varit i en akut sjukdomsfas och att detta bidrog till en känsla av otrygghet på avdelningen.

”Jag var livrädd. Ehm, det var så konstigt. Det var sommar och det var sommarvikarier så det var inte så mycket ordinarie personal. Jag kände att de andra var helt, (avdelning) är ju den värsta avdelningen att hamna på. Det finns ju lugnare avdelningar än så. Så jag hamnade med de sjukaste och det skrämde ju livet av mig.”

Det tredje som invercade på den sammantagna bilden av miljön var deltagarnas beskrivningar av hur bristande resurser påverkade personalens attityder och rutiner.

”Och det är ju mycket så att personalen klagat också vilket jag också tycker är ett problem att när man hela tiden får höra hur jobbigt de tycker att det är och hur dåligt med resurser det och hur mycket de får jobba och de inte har rast och samtidigt såhär så, jag vet inte, så stressade kanske jag inte tycker att alla skötare är. Men, ja alltså då blir det ju ännu mer såhär att om man får höra det hela tiden så vill man ju inte lägga på ännu mer alltså såhär, alltså det är bäst att jag inte ställer till med besvär för det är ju redan så mycket problem här liksom”.

En deltagare berättade om sin upplevelse av hur personalen agerade på grund av bristande resurser och rutiner:

”Så om en skadar sig så triggas det resten och har en börjat skrika så triggas det igång resten och tillslut är hela avdelningen igång samtidigt och då får de trycka på larmet så att det kommer personal från de andra avdelningarna springandes och det tjuter nåt så in i helvete vilket alla patienter avskyr och blir ännu mer uppstressade av. Så för att slippa de situationerna så tror jag faktiskt att de bältade oss i förebyggande syfte för att slippa det.”

INFORMATION

Deltagarna lyfte behovet av utförlig information på två nivåer. För det första nämnde man att personal ofta tar för givet att patienter har kännedom om lagstiftningen som styr vårdtillfället, medan detta ofta skulle behöva förtydligas.

”...alltså det var låst och jag fick inte gå ut och jag visste ju inte heller mina rättigheter liksom som det här att jag upplevde det ju väldigt mycket att jag var där på tvång fast än jag visste att det inte stod på pappret, men sen när jag läste mina journalers så står det ju i princip att jag sökt till psykakuten frivilligt, men så var det ju inte utan det var ju min läkare i öppenvården som tvingat mig.”

För det andra nämndes flera exempel på att personal sällan informerade i tillräcklig utsträckning om avdelningsregler och om de rutiner som fanns på avdelningen. Deltagarna lyfte att många konfliktsituationer skulle kunnat undvikas om man hade fått utförligare information inledningsvis.

”Jag kunde inte riktigt, jag vet inte, jag hade hellre behövt nån som satte sig med mig och liksom ”Det här är inte bra, ni får inte göra så på vår avdelning för då åker ni ut liksom.” Istället för att stå och skrika åt mig. Eh, för de blev jätteupprörda och lite rädda säkert.”

RUTINER

Återkommande i samtliga intervjuer var att deltagarna upplevde att omvårdnadens kvalitet och innehåll berodde på vilken personal som arbetade, vilka kontaktpersoner man fick, vilken avdelning man hamnade på och så vidare.

Flera deltagare hade upplevt att personalen varit frånvarande på avdelningarna, antingen på grund av att de varit för få som arbetat eller att personalen inte såg deltagarnas behov. Ett

återkommande önskemål från deltagarna var att personalen skulle haft ett mer uppsökande arbetssätt.

”Ja, mmm, för det första var det väldigt lite personal och de hade aldrig tid. Aldrig. Förrän om man hade gjort nåt jättedumt liksom eller var helt borta. Och det saknade jag jättemycket för jag behövde ju prata med nån.”

”Eh, ibland så kunde nån personal kanske komma in och fråga hur det var och ibland kunde de ignorera en totalt.”

”...men det är väldigt problematiskt med psykiatrin, att det bygger så mycket på enskilda engagerade personal än att strukturerna håller i sig.”

En anledning till att deltagarna upplevde att omvårdnadens kvalitet har skiftat beroende på vilken personal som arbetade, är att det funnits brister i överrapporteringen. På grund av detta har deltagarna ofta känt sig utsatta då de sökt hjälp enligt överenskommelse, men inte blivit bemötta så som planerat.

”De måste ju, jag förstår inte att krisplanen inte alltid sprids för den är ju viktig. Den är till för hela mitt vårdlag eftersom det är olika varje gång jag pratar med. Jag får ju inte alltid träffa mina favoriter, de jag trivs bäst med. Jag får ju träffa de som är tillgängliga.”

Det framgick i flera fall att det saknas fungerande rutiner kring omhändertagande av vassa föremål, rutiner för omhändertagande av självskada samt rutiner för tillsyn. I vissa fall har personalen inte undersökt huruvida deltagarna tagit med sig vassa föremål efter vistelse utanför avdelningen, men sedan när föremålen upptäckts har samma personal agerat med ilska, hot och ibland även förolämpningar. Något annat som framkom tydligt är att deltagarna upplevde att personal inte märkt, eller inte gett sken av att märka, nyuppkomna skador. Flera deltagare lyfte även att de lämnats utan uppsikt på sina respektive rum och att det varit upp till dem, som patienter, att söka personalens uppmärksamhet snarare än tvärtom.

”Jag hade ju tagit med mig rakblad när jag kom dit och det kollade de inte, antagligen för att de inte har så mycket självskada där. Jag vet inte varför de inte gjorde det. Eh, men jag fick ju lämna skosnörena och allt sånt där.”

”...de liksom kollade inte varför vi var bandagerade och sådana saker, vilket jag, eller jag är undersköterska, jag hade kollat det med en gång. Det känns som en sådan uppenbar grej.”

”Det var också en sådan grej som jag tyckte var skönt då, att de kollade inte så ofta på kvällarna. Det hade ju varit jättebra för då hade jag ju inte vågat om jag visste att de kom in och kollade till, ja men en gång i halvtimmen, för då hade jag ju aldrig.”

DELAKTIGHET

Genomgående var att deltagarna upplevde att de lämnats utanför planeringen gällande medicinerings och utskrivning. Flera exempel ges också på bristande samordning mellan vårdnivåer. Utöver detta är det tydligt att deltagarna utelämnats i planeringen av omvårdnaden under den tid de vistats på respektive avdelning.

”Jag kände mig jätteliten och hade inget att säga till om.”

”...alltså det är ju inte så att man har, till exempel möten, alltså där man gör upp vårdplaneringar är ju väldigt ovanligt att man får någon och att man diskuterar ”hur skulle vi göra det bästa för dig?” liksom. Jag tänker om man hade det så, då skulle man ju liksom kunna ha de här kontrakten vid ett sånt tillfälle i så fall. Och sen också såhär de är ju, de här kontrakten är utformade så att ens kontaktpersoner och läkare och så, ska skriva under men det gör de aldrig utan de skickar det bara till patienten och så måste patienten skriva under när det står en stressad sjuksköterska där och är det ingenting mer med det. Så man känner att, ja, det är bara jag som ska göra den här dealen och jag får inte ifrågasätta vad som står och jag förstår inte ens vad som står liksom.” (Med kontrakt avses här en lokal rutin där patienten skriver under på att inte skada sig under vårdtiden.)

En av deltagarna beskrev ett tillfälle där hon fick vara med och planera sin vårdtid, men att personalen inte hade några förslag på hur de uppsatta målen skulle uppfyllas.

”Jo, det var det, på (avdelning) så fick man vara med och göra sin vårdplan. Så jag fick vara med på möte med en massa ur personalen och så hade de projektor från en dator så skrev de direkt in i journalen såhär vilket kändes väldigt transparant och schysst, men det var också lite tröstlöst för att det stod såhär ”Delmål” och ”Mål” och målen var typ ja men ”Bli utskrivna, Sova bra” såhär. Men sen så hade de liksom inga delmål och så försökte jag fråga såhär ”Men, jaha men hur ska jag komma dit då?” eller, eh. Och så hade de inte något svar!”

BEMÖTANDE

Upplevelsen av att inte bli sedd

Ofta beskrevs situationer där man önskat att personal hade noterat hur man mådde eller vad man gjorde, men att deltagarna istället upplevde sig bli förbisedda.

”Jag har jättesvårt att berätta när jag mår dåligt, men jag visar ju väldigt tydligt. Jag blir ju tyst och sitter nånstans och tycker att personalen borde se det, ja men inte bara ignorera det utan fråga hur det är.”

”...alltså ja men så kan det ändå vara en ganska vettig sjuksköterska som säger att ”men kom till mig så kan vi prata” sen så känns det som att i praktiken att det väldigt sällan har blivit av. Jag skulle nog ha behövt mer uppsökande, liksom att sjuksköterskan själv kommer och kollar av. Ja, hur det går och sådär.”

Upplevelsen av att ingen lyssnar

Flera gånger har det varit uttalat att deltagarna skulle söka sig till personalen för samtalsstöd. Trots det, upplevde deltagarna att de ofta avvisades i sina kontaktförsök och menade på att detta troligen handlade om att personalen inte hann eller orkade lyssna.

”... Det är ”Jag har inte tid nu” eller ”Du och jag har pratat” eller ”Kan du inte sätta dig med de andra och titta på tv”-får jag höra säkert 10 gånger om dagen. ”Kan du inte sätta dig och titta på tv med de andra”, det är svaret man får på det mesta.”

En deltagare beskrev en situation där hon nämnde för en skötare att hon hade tankar på att skada sig och att hon då blev utskälld. På frågan om vad skötaren skulle kunna ha sagt istället, svarade hon:

”Eh, ja egentligen ”Vad tror du att du behöver för att låta bli?” Och så antagligen svarar man att man inte vet, men då kan man i alla fall inleda ett samtal om det liksom.”

Upplevelsen av att inte bli respekterad

Deltagarna lyfte flera exempel där personalen lagt över ansvaret på patienten i krisfyllda situationer. Vid exempelvis en nytillkommen skada eller vid ett affektutbrott har deltagarna blivit bemötta med hårda ord, skuldbeläggande och även förolämpningar.

”Och det var ju en sjuksköterska som var min ansvariga sjuksköterska, som då tror jag, som liksom, det var ju helt. Jag satt i korridoren och hade väl ångest och så kom hon fram och säger att jag måste sluta tycka synd om mig själv och söka ett jobb, eh och då blev jag såhär ba ”Jaha?”, för jag jobbar ju ändå i perioder när jag mår bättre och vill gärna jobba och jag vet att jag mår bra av det. Och, men då när hon började prata om att mitt största problem är att jag tycker synd om mig själv, då blev jag väldigt så här ledsen och kränkt och började gråta och då bara ”Nä men sluta gråta, jag vill inte se att du gråter, och du måste bara sluta tycka synd om dig själv” och så säger hon åt mig att jag ska sminka mig och färga håret och skriva ett bra CV och gärna ljuga i CV:t för ”det behöver man idag för att man ska få ett jobb.” Ja man börjar så här, och så ännu mer liksom, ja ju mer, jag började ju gråta ännu mer och då blev ju hon ännu argare liksom och ba ”Jag vill aldrig mer se dig gråta” liksom. Vilket också kändes såhär, det här var ju i korridoren alltså såhär. Och jag vet inte vad men, varför hon blev så provocerad?”

”Nej, de känner väl att de inte har utbildning eller kunskap så de blir arga och förvirrade och vet inte vad de ska göra så då tycker de att det är mitt fel, att jag har gjort något mot dem som de inte kan hantera på ett professionellt sätt.”

”Men, alltså de blir ju inte glada på en (efter en självskada), kan man ju inte påstå, men de är inte elaka. Men på (avdelning) är de rent elaka mot en liksom. Ja men, ”Din jävla idiot, dumhuvud, att du inte kan sköta dig nångång!” ja sådär. Det är väl sånt bemötande där nere, så.”

Upplevelsen av välvilja

Det som varit betydande för deltagarna i deras kontaktförsök med personalen var känslan av att personalen ville finnas till för dem. Många gånger beskrevs situationer där man varit rädd för att tala om att man har ångest eller berätta att man skadat sig på grund av negativa erfarenheter sedan tidigare. De gånger då deltagarna kände sig väl omhändertagna har det oftast varit små saker som personalen sagt eller gjort som haft betydelse.

”Och det var också väldigt bra för att hon sa såhär ”ja, men om det inte, om du inte tycker att det hjälper, så kom tillbaka, så får vi göra nåt mer, eller nåt annat” såhär. Och det hjälpte

mig ju mot självskadebeteendet att, att faktiskt tillslut våga be om vid behovsmedicin istället då utan att det blev nån stor grej.”

”Alltså, där tycker jag ändå att de gjorde det ganska bra. Ja, men de reagerade på, de såg det och de frågade också. Frågade varför och vad som hade hänt, och liksom sådär.”

”Alla var ju väldigt snälla. Man kände ju iallafall det, de var, eller okej två iallafall, de brydde sig och man märkte det. Även om de gjorde fel och så märkte man ändå att de brydde sig om patienterna.”

”...de är väldigt mjuka i bemötandet och såg personen och inte självskadebeteendet.”

”Jag satt och målade tidigare på dagen och då hade hon (skötare) frågat lite såhär ja men ”Hur funkar det? Är det ångestlindrande?” och såhär. Och då hade jag sagt att ja ehm, ”Kanske inte i akuta situationer” sådär. Och sen fick jag väldigt mycket ångest på kvällen och då var hon kvar och då sa hon ”Vad tror du om det här med att måla nu igen då?” och då sa jag ”Jag tror inte att det funkar nu” och då sa hon ”Ja, men jag går och hämtar dina målargrejer och sätter dem framför dig här och så sätter jag mig bredvid dig och så kan vi prata.” Eller, ja. Och då så liksom ja, då doppade jag penseln liksom såhär och då började jag måla och, och hon satt kvar, ehm, och jag blev lugnare.”

SJUKSKÖTERSANS AGERANDE

Omvårdnad – En saknad del av behandlingen

Majoriteten av deltagarna uppgav att sjuksköterskor erbjudit vid behovsmedicin som första åtgärd vid tecken på ökad ångest och att man därefter oftast lämnats ensam. Många deltagare skulle ha velat ha mer samtal med personalen och i samband med läkemedelsutdelandet också bli erbjuden en stunds samtal, innan eller efter medicinintaget. Avsaknaden av detta gjorde att många av deltagarna beskrev inläggningarna som förvaring.

”Jag hade velat ha samtal varje dag. De har säkert, de har ju inga resurser och inte tillräckligt med folk. Men jag hade behövt sitta ner varje dag och, ja men ”Hur är det?” och ”Hur känner du dig?”, alltså bara sådana små saker hade ju stärkt en lite tror jag. Att de faktiskt bryr sig, man är inte bara där för att man bara måste stoppa undan någon ett tag.”

”Det finns ju personal som pratar med en, men det är ju inte så ofta de har tid med det. Annars var det bara vid behovsmedicin och förvaring.”

Många deltagare nämnde att de har hade svårt att somna och att det då har varit lugnande om en sjuksköterska eller skötare kommit och satt sig och pratat en stund.

”...jag kände mig jättelugn av att hon bara satt där och så typ sa hon inte så mycket, eller småpratade lite, eller att hon, men att hon ändå frågade och erbjöd mig någonting annat än medicin var väldigt fint liksom.”

Deltagarna menade att utbudet av omvårdnadsåtgärder har varit begränsat och att vårdutbudet i huvudsak bestått av medicinering. Genom intervjuerna har det framkommit konkreta exempel på hur omvårdnaden skulle kunna utformas.

En deltagare hade svårt att uttrycka sig verbalt vid pågående ångest och tillverkade därför ett åtgärdskort tillsammans med sin psykolog som hon skulle kunna visa upp för personalen. På kortet stod ett antal ångestlindrande strategier nedskrivna som deltagaren hade provat och visste kunde fungera. Deltagaren var positivt inställd till kortet som åtgärd, men menade att det föll på att överrapporteringen om kortets existens brast och att det därför inte användes.

En deltagare hade erfarenhet från ett behandlingsprogram på en av avdelningarna hon varit på som innehöll chi-gong på morgonen följt av schemalagd musikterapi, DBT-inriktad grupperapi och sessioner med information om exempelvis kost och motion. Deltagaren lyfte att behandlingsprogrammet var bra som idé, men att det urvattnades och inte gav så stor effekt eftersom det var samma innehåll år efter år.

En deltagare fick frågan om hon hade erfarenhet av att man, i ångestlindrande syfte, använde sig av bolltäcken på avdelningarna och svarade:

”Ja, fast jag har aldrig testat det själv. Men det känns inte som att man är så kreativa. Alltså, sjukgymnasterna kan vara det ibland sådär men eh, men generellt känns det inte som att man är så kreativa i liksom lösningar utan det är mer såhär, eh, ja men att man får vid behovsmedicin och lite såhär floskler och så får det vara bra.”

Bristande omhändertagande – självskadebeteende stigmatiseras

Samtliga deltagare upplevde att det inom slutenvården funnits ett uttalat eller outtalat förbud mot självskador. Flera exempel gavs på situationer där deltagarna sökte sig till personal och talade om, eller blivit påkomna med, att de hade skadat sig. Alternativt att deltagarna sökte stöd hos personal och berättade att de mådde dåligt och hade tankar på att skada sig. Samtliga deltagare hade erfarenhet av att personal reagerade och agerade på informationen med antingen vrede eller likgiltighet.

”...att jag skadade mig ibland är en del av min problematik och den fick liksom inte finnas på nåt sätt. Den skulle man ta bort eller den fick inte förekomma liksom, alltså, och jag började tänka bara om jag hade sökt vanliga akuten, liksom om jag hade varit fysiskt sjuk, hade de gjort så? Alltså, jag kan inte komma på något sätt, liksom såhär att ”Ja, men du får ha feber men inte hosta” liksom.”

”Ja de skrek om, herregud vad länge sedan det var känns det som. Nej, men det sa i princip ”Du åker ut nu om du fortsätter” fast de sa det liksom, det var tre personer som stod över mig. Alltså det blir ju väldigt den här auktoritetsgrejen och de stod verkligen, vad ska man säga, hitta bra ord eh, jag vet inte. De var bara, det kan ju varit att jag var i det läget också, att jag hade behövt mer hjälp än utskällning, så.”

En av deltagarna hade erfarenhet av att personal ansåg upptrappad ångest eller genomförd självskada som ett skäl att bälteslägga patienter.

”Ja, alltså jag blir aldrig aggressiv mot någon annan utan jag går på mig själv liksom och vill skada mig själv. Eh, och nere på (avdelningsnamn) så räcker det att du tänker på en skalpell så blir du bältad.”

Deltagarna var noga med att lyfta att självskadebeteende kan representera olika saker för varje individ och att själva skadan oftast är ett tecken på att ett djupt illabefinnande och gav som

exempel: ångest, skamkänslor eller strafftänkande. Deltagarna upplevde att personal i stor utsträckning fokuserade på själva skadan och att personal sällan eller aldrig sökte kunskap och förståelse för varför personen ifråga skadade sig.

”Och då kan det ju vara liksom, om du skadar dig, hur vill du bli bemött? Och då är det ju det här ”Jag vill bli bemött med, hur hände det här, varför?”

”Och när jag skadat mig nere på (namn på avdelning) så, de körde det där, vad heter det, aktivt ointresse, eller vad det heter. Att man får städa upp efter sig själv och plåstra ihop sig själv och så.”

Eftersom det har funnits förbud mot självskador på avdelningarna har deltagarna upplevt att de fått gömma undan skador och inte heller vågat prata med personalen om att de har tankar på att skada sig.

Så att jag skadade mig väl, har ju skadat mig ett antal gånger trots att jag skrivit under de här kontrakten, men då har jag ju bara inte visat det liksom. Och så säger då personalen att de upplever det som positivt att liksom självskadorna har minskat sedan de införde det här (kontrakt om förbud mot självskada) och då tänker jag lite att ”Ja det är klart att de har gjort för att det är ju ingen som”, alltså man visar det ju inte liksom. Medans jag kanske istället hade behövt såhär att ”Ja men nu mår jag så dåligt att jag har skadat mig, jag kanske skulle prata om det”, men istället säger jag ingenting.”

Omvårdnad som bryter normen

Deltagarna gav flera exempel på handlingar som personal hade gjort som sträcker sig utanför gängse ramar.

En deltagare hade varit skadefri en längre tid tack vare en handlingsplan utformad med enhetschef och kontaktperson på en av avdelningarna hon varit inlagd på. Handlingsplanen gick ut på att deltagaren skulle hålla sig skadefri en förutbestämd tid och att hon som belöning för detta skulle få en dag med sin kontaktperson utanför avdelningen. Kontaktpersonen besökte deltagaren hemma eller så åkte de på utflykter tillsammans.

En deltagare hade fått god kontakt med en sjuksköterska som arbetade natt på en av avdelningarna hon brukar vara på.

”Så den här sjuksköterskan som, eh, vi har pratat på telefon ibland för hon har sagt att ”Ring om det är någonting, jag jobbar ju ändå och på natten händer det ju inte, eller liksom det kan hända att jag inte har så mycket att göra.”

En av deltagarna fick frågan om hur hon skulle uppleva det om det fanns en större tillåtelse kring självskador på avdelningarna och svarade:

”Även fast det låter väldigt konstigt, så ja. Och jag vet en patient, hon är ett år yngre än mig, jag är 25, eller nej hon blir 25 i år. Och hon blev omhändertagen när hon var 12 och hon eh, hon fick såhär, vad heter det, man har det vid förlossning typ kvaddlar tror jag det heter. Det fick hon, jag vet inte om det var en gång i veckan eller nånting, bara för att det gjorde så jävla ont så skulle det liksom fylla upp den här dosen av att hon hade behov av att det skulle göra ont. Och det fick hon godkänt av läkaren. Och det var ju, och det var väl en sjuksköterska eller läkare som injicerade det på henne. Så det var ju under uppsikt hon fick,

och det fungerade bra för henne, i alla fall ett tag. Så man kanske inte skulle sitta med skalpell sådär, men det låter konstigt, men alltså för mig hade det varit bra då. Jag hade varit mycket lugnare om jag hade fått göra det i alla fall.”

”Ja, kanske inte just skära sig såhär. Det är ju så mycket som kan, man kan skära av vener och artärer och senor och muskler och grejer. Det har man ju gjort sådär. Det kanske inte är ett alternativ, men att man får göra nånting sådär. Eh, kanske du vet sådana här grejer man har när man ska ta blodprov. Sådana här värmedynor man kan lägga på så att kärlen ska komma fram. De kan ju bli rätt varma. Om man hade fått ha en sån på armen en stund, bara för att få känna, inte nån smärta, men känna att man får ett litet straff i alla fall. Ett litet straff är bättre än inget. Det hade kunnat vara ett alternativ, för mig i alla fall.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Självskadebeteende förekommer bland män och kvinnor, unga och gamla och oavsett etniskt påbrå. Deltagarna i den här studien var samtliga kvinnor och föll inom ett snävt åldersspann. Då studiens syfte var att undersöka personers erfarenheter utan någon inbördes jämförelse mellan kön, ålder eller etnicitet, ansåg vi det inte relevant att utöka inklusionskriterierna för att bredda vårt urval.

Studien avser undersöka hur omvårdnaden inom psykiatrisk slutenvård kan utvecklas utifrån kunskap hämtad ur personers egna erfarenheter. Med hänsyn till validitetskravet har författarna valt att inte behandla information om övriga vårdnivåer och övriga personalkategorier i resultatet, så länge det inte föll in under sjuksköterskans ansvar.

Eftersom studien krävt en metod som skapar struktur för tolkning och som tillsammans med författarnas förförståelse leder till ökad förståelse för det som undersöks, anser vi att existentiell hermeneutik svarat väl mot syftet. Även om tolkningsprocessen är beroende av en noga invägd förförståelse, färgas tolkningarna och därmed resultatet av förförståelsen, vilket således problematiserar resultatets generaliserbarhet. Två andra författare med annan förförståelse hade kanske tolkat resultatet annorlunda. Detta till trots, ser vi att studiens syfte inte hade varit möjligt att undersöka om vi inte tagit hänsyn och använt oss av vår egna förförståelse. Eller rättare sagt, är fördelen med existentiell hermeneutik att metoden frånsäger sig anspråk på objektivitet, utan istället är transparent genom tesen att förförståelsen färgar vägvalen från början till slut. Således är studiens reliabilitet säkrad i det att metoden ser författarnas förförståelse som nödvändig i skapandet av vetenskap, även om resultatet skulle färgas annorlunda om samma studie gjordes av andra författare.

Studiens generaliserbarhet problematiseras genom att vi främst rekryterat deltagare via en brukarorganisation eftersom man skulle kunna anta att organisationens medlemmar är välinformerade och pålästa på ett sätt som möjligen inte skulle representera en större population. Likaså påverkas generaliserbarheten av studiens storlek. Studiens resultat är hämtat ur sju personers berättelser, vilket inte ger oss möjligheten hävda någon sanning och klar lösning. Däremot ger resultatet en bild av verkligheten som stärks av tidigare forskning och med tanke på de omfattande brister som denna och andra studier visat, anser vi att studier som denna behövs. Omvårdnad för personer med självskadebeteende är ett relativt kunskapsfattigt område, vilket gör att studiens resultat säger desto mer om vad som kan göras för att förbättra omvårdnaden för denna patientgrupp.

Kommentar [KS8]: Ändrat från "förbättras" för att vara konsekvent mot syftet.

Kommentar [KS9]: Nytt om SHEDO.

RESULTATDISKUSSION

Utifrån personalens agerande har deltagarna upplevt självskadebeteende som stigmatiserat inom slutenvården och att personalens agerande baseras på förutfattade meningar, snarare än på faktisk kunskap. Studiens resultat, så väl som tidigare forskning, visar att sjuksköterskornas kunskap om självskadebeteende är bristfällig och att sjuksköterskor behöver mer utbildning och färdighetsträning för att bättre kunna möta varje individs specifika behov.

Utmaningen för sjuksköterskor och övrig vårdpersonal på landets psykiatriska slutenvårdsavdelningar ligger inte i att tillgodogöra sig ytterligare kunskap, utan att implementera kunskapen i det praktiska arbetet. Kulturen inom psykiatrin som tillåter att fördomar och negativ jargong får fortsätta att styra omvårdnadsarbetet behöver utmanas, prövas och förändras. McCormack & McCance (2010) och Graubaek (2009), vars teorier ligger till grund för den här studien, lyfter fram ett transformativt ledarskap och en dynamisk organisation som nödvändiga förutsättningar för skapa en sådan förändringsprocess.

Utbildningar, kurser och föreläsningar är en bra början som behöver kompletteras med omfattande insatser på lokal nivå. Vi ser behovet av en engagerad och teoretiskt utbildad personalgrupp som i förslagsvis processhandledning, får möjlighet att samtala om sina egna förförståelser samt om de kulturella värderingarna som präglar attityder och bemötande och som styr omvårdnadsarbetet. Först därefter är det möjligt att utforma riktlinjer och handlingsplaner för omhändertagande av personer med självskadebeteende. Vad gäller kunskapsbehovet på somatiska vårdavdelningar och vårdcentraler har Nationella självskadeprojektet (2014) tagit fram ett gediget webbaserat utbildningsmaterial för alla personalgrupper som kan tänkas möta självskadebeteende och ett mer specialiserat utbildningsmaterial för psykiatrin är under utformning. Vi ser också att man på lokal nivå, i större utsträckning, skulle kunna dra nytta av välinformerade specialistsjuksköterskor för att sprida kunskap om omvårdnad för denna patientgrupp.

I vissa fall har deltagarna i den här studien själva sökt vård och lagts in under hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). I andra fall har inläggningen föregåtts av vårdintyg och polishandräckning och sedermera vård under lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). När deltagarna väl kommit till avdelningen har de mötts av samma förhållningssätt oavsett vad självskadebeteendet representerar för den enskilde, nämligen att självskador är förbjudna och attityder omkring självskadebeteendet som präglats av fördomar. För vissa deltagare har man i huvudsak sökt vård för att man velat komma ur ett eskalerande självskadebeteende och att avdelningen, med de restriktioner som finns, ändå erbjudit en fristad. För andra deltagare har självskadebeteendet varit identitetsskapande och att då mötas av oförstående attityder och bli tvingad till att sluta självskada har skapat konflikter och alienation.

Studiens resultat visar att man med respektfullt bemötande, tydlig information samt en större strävan efter att göra patienten delaktig i beslut, kan minska konflikter och göra stor skillnad vad gäller patientens upplevelse av slutenvård. För att patienter ska uppleva ett större mått av trygghet i vårdmiljön visar resultatet att sjuksköterskor och skötare kan komma långt genom att förbättra rutiner så som överrapportering och tillsyn, samt ökad personalnärvaro bland patienterna. Genom ett mer uppsökande arbetssätt med personal som erbjuder samtal i större

utsträckning och som aktivt försöker hjälpa patienterna att hantera sin ångest (eller övriga bakomliggande orsaker till självskadebeteendet) menar vi att vårdtiden hade blivit mer präglad av trygghet, med bättre vårdkvalité som följd. Om personal gavs möjligheter att arbeta med sig själva och med sig själva i grupp anser vi att ett sådant kulturskifte skulle vara fullt möjligt.

Istället för att sjuksköterskor erbjudit god psykiatrisk omvårdnad visade studiens resultat att deltagarna blivit erbjudna vid behovsmedicin som första, och ofta enda, åtgärd för att hantera sitt illabefinnande. Deltagarna hade sällan eller aldrig varit med om att en omvårdnadsplan upprättats och i de fall där en planering gjorts föll det på bristande överrapportering.

Kommentar [KS10]: Förbättrat meningen.

En individuell omvårdnadsplan som utgår ifrån patientens berättelse och som utformas med intresse av att försöka förstå det som ligger till grund för att personen i fråga skadar sig, borde vara en självklarhet vid varje inskrivning. Omvårdnadsplanen är en värdefull kunskapskälla för all personal om den utformas tillsammans med patienten och syftar till att klargöra vad ångesten kommer sig av, hur den yttrar sig och vilka alternativa strategier som patienten kan tänka sig skulle fungera. Det vill till att sjuksköterskan är kreativ och kan vägleda och motivera patienten till andra strategier om han/hon inte ser andra lösningar än att skada sig. Som alternativa sätt att hantera ångest skulle man till exempel kunna föreslå samtal med personal, fysisk aktivitet, bolltacke, mindfulnessövningar eller aktiviteter från SHEDO's färdighetslista.

För att öka känslan av trygghet och för att förbättra vård och omvårdnad är det tydligt att man genom en holistisk människosyn inom sjukvården måste tillåta symtomen att få existera. I linje med Lundh et al. (2012) ser vi hur viktigt det är att utröna de bakomliggande orsakerna till varför en person skadar sig och att det inte är så enkelt som att man med restriktioner kan få problematiken att upphöra. Ett par av deltagarna vittnade om hur deras respektive självskadebeteende förvärrats under inläggningarna och att de identifierade sig själva med sitt självskadebeteende. För att motverka att personer försämras inom slutenvården bör man anta ett annat förhållningssätt. En av deltagarna hade erfarenhet av att man tillåtit ett läkarordinerat substitut för självskada i form av sterila kvaddlar. Samma deltagare nämnde att en mer tillåtande attityd kring självskador hade varit gynnsamt för henne, där och då. Enligt Edwards och Hewitt (2011) är denna diskussion fylld av etiska dilemman och kontroversiella fallgröpar, bland annat eftersom vi som sjuksköterskor har ett huvuduppdrag som säger att vi ska lindra lidande och värna om patienters liv och hälsa. Edwards och Hewitt (2011) diskuterar paradoxen i att en person tillfogar sig skada som ett sätt att lindra lidande och menar att sjukvårdspersonal behöver börja se självskadebeteende för vad det är, nämligen att beteendet på ett eller annat sätt fyller en funktion hos den enskilde och därmed fungerar som en copingstrategi.

Om man är beredd att ta steget mot att arbeta i enlighet med personcentrerad vård är det upp till patienten själv att definiera vad som är lidande och vad som är hälsa för just henne/honom, vilket Edwards & Hewitt (2011) menar är det som ska styra sjuksköterskans agerande. Graubaek (2009) diskuterar sjuksköterskans ansvar att avgöra vad som är rätt och riktigt även när våra grundläggande värderingar utmanas och detta, menar Edwards och Hewitt (2011), är precis ett sådant tillfälle. Författarna menar att man, för de personer som vid pågående ångest inte ser någon annan utväg än att skada sig, skulle kunna erbjuda alternativ så som exempelvis

stasband, värmedynor eller ispåsar (a.a). Här är det alltså upp till sjuksköterskan att hitta kreativa vägar till att nå symtomlindring.

Guttridge (2010) tar diskussionen ett steg längre och argumenterar för att tillåta självskador under uppsikt av sjuksköterska vid de tillfällen när andra strategier för att lindra lidandet har provats och patienten inte ser någon annan utväg. Sjuksköterskan skulle i så fall ha ett förhållningssätt som går ut på att respektera patientens lidande och patientens val. Guttridge (2010) menar att detta skulle förhindra eskalerande ångest och göra patienten mer mottaglig för psykoterapi och beteendeförändring över tid.

Här anser vi att såväl Edwards & Hewitt's (2011) som Guttridge's (2010) resonemang är intressanta utifrån studiens syfte, men eftersom slutenvården bevisligen har utvecklingsbehov på basal nivå är det en lång sträcka kvar innan vi på ett säkert sätt skulle kunna implementera sådan strategi som Guttridge (2010) föreslår. Däremot ser vi inga hinder för sjuksköterskor att använda sin kreativitet i enlighet med Edwards och Hewitt (2011), men att detta då ställer krav på kompetens och på omkringliggande vårdkultur.

KONKLUSION

Utvecklingen mot personcentrerad omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård förhindras på grund av att självskadebeteende stigmatiseras. Den kultur som ligger till grund för rådande värderingar behöver utmanas och förändras för att ett personcentrerat arbetssätt ska kunna implementeras. Först därefter kan sjuksköterskor och övrig personal utifrån teoretisk kunskap och praktiska färdigheter möta varje individs specifika behov. Omvårdnaden bör sedan ta avstamp i patientberättelsen och utformas av intresse för de bakomliggande orsakerna till att varje individ skadar sig själv. För att kunna vägleda patienten till alternativa sätt att lindra sitt lidande behöver sjuksköterskor, i en sund vårdkultur, ges utrymme att använda sin kreativitet. Om en patient, trots samtal och andra behandlingsinsatser ändå skadar sig, vill vi belysa vikten av att inte se detta som ett misslyckande vare sig ur patientens eller personalens perspektiv. Självskadebeteendet ses istället som ett tecken på svårt psykisk lidande och varje självskada som en början till kännedom om vad som kan göras annorlunda om en liknande situation uppstår längre fram.

Kommentar [KS11]: Omskriven mening.

Kommentar [KS12]: Tillägg.

Kommentar [KS13]: Omskriven mening.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Stockholm: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*. Hämtad 2013-11-06 från <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Conlon, M., & O`Thuathail, C. (2010). Measuring emergency department nurses attitudes towards deliberate self-harm using Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3-13.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Edwards, S. D., & Hewitt, J. (2011). Can supervising self-harm be part of ethical nursing practice? *Nursing Ethics*, 18(1), 79-87.

Eriksson, T., & Åkerman, S. (2012). Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende. Lund. (Del 3/5 i förstudien till Nationella Självskadeprojektet) Tillgänglig: <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/om-projektet/kunskapsöversikt-sjalvskadebeteende.html>

Etikprövningsnämnden. (2014). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2014-02-09 från <http://www.epn.se/sv/start/startside/>

Favazza, A. (2011). *Bodies under siege*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Föreningen SHEDO. (2014). *SHEDO – föreningen SHEDO arbetar med att sprida information, skapa opinion och ge stöd kring psykisk ohälsa, ätstörningar och självskadebeteende*. Hämtad 2014-01-22 från <http://shedo.se/>

Gibb, S. J., Beautrais, A. L. & Surgenor, L. J. (2010). Helath-Care staff attitudes towards self-harm patients. *Journal of Psychiatry*, 44, 713-720.

Graubaek, A-M. (Red.). (2009). *Patientologi – Personcentrerad vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Grohol, J. (2012, 02 december). Final DSM 5 Approved by American Psychiatric Association. Hämtad från <http://psychcentral.com/blog/archives/2012/12/02/final-dsm-5-approved-by-american-psychiatric-association/>

Guttridge, K. (2010). Safer self-injury or assisted self-harm? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 79-92.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2014-03-01 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Hvolby, A. & Bilenberg, N. (2011). Use of Ball Blanket in attention-deficit/hyperactivity disorder sleeping problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 89-94.

Lindgren, B-M. (2011). *Self-harm – Hovering between hope and despair. Experiences and interactions in a health care context* (Doctoral thesis, Umeå Universitet Department of Nursing, 1447.) Umeå: Arkitektkopia. Tillgänglig: <http://umu.diva-portal.org/>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lundh, L-G. (2014, februari). Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur. *Läkartidningen*, 2014;111:CH9E. Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2014/02/Behandling-vid-icke-suicidalt-självs-kadebeteende-kraver-tydlig-struktur/>

Lundh, L-G. (2012). Behandlingseffekter av självskadebeteende: Vad visar forskningen? Lund. (Del 1/5 i förstudien till Nationella Självskadeprojektet).

Lundh, L-G., Sterner, T., Eriksson, T., Åkerman, S., Liljedahl, S. & Bjärehed, J. (2012). Behandling av självskadebeteende. En preliminär kunskaps-sammanställning. Lund. (Sammanfattning av förstudien till Nationella Självskadeprojektet).

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing – Theory and Practice*. Cornwall: Wiley-Blackwell.

Nationella Självskadeprojektet. (2014). *Nationella Självskadeprojektet*. Hämtad 2014-02-24, från <http://nationellasjälvs-kadeprojektet.se/>

Perseus, K-I., Kåver, A., Ekdahl, S., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 635-643.

Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad: 2014-03-04 från <http://psykriks.se/wp-content/uploads/2012/07/Kompetensbeskrivning-PRF1.pdf>

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra ett beteende*. Lund: Studentlitteratur.

Sandy, P.T. (2013). Motives for self-harm: views of nurses in a secure unit. *International Nursing Review*, 60, 358-3368.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460 ändrad t.o.m. 2008:192. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998: 204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. & Joiner, Jr, T. E. (2011). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. *Florida: American Psychological Association*.
- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *Lancet*, 366, 1471-83.
- Socialdepartementet. (2012). *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2011). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Svensk förteckning, svensk version 2011 (ICD-10-SE)*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stetka, B. S. & Correll, C. U. (2013). A Guide to DSM 5. *Medscape Psychiatry*. Tillgänglig: <http://www.medscape.com/viewarticle/803884>
- Wiklund-Gustin, L. (2012). *KBT i Omvårdnadsarbetet – Om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ödman, P-J. (2007). *Tolkning, förståelse, vetande – Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag. 2:a uppl.