

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Omvårdnadspersonalens upplevelse av att vårda patienter med självskadande beteende.

Victoria Eriksson & Dijana Jovic

Juni 2009

Examensarbete, 15hp, Avancerad nivå

Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning mot psykiatrisk vård, 60hp
Handledare: Birgitta Blomberg & Gert Hedhov
Examinator: Agneta Schröder

Förord

Författarna har arbetat tillsammans med utformning av introduktion, resultat och diskussion. De har genomfört och analyserat tio intervjuer var. Efter att var för sig ha analyserat materialet har författarna gemensamt jämfört och sammanställt de meningsbärande enheter som framträtt ur intervjuerna. Det fortsatta arbetet med kodning och kategorisering har huvudsakligen gjorts gemensamt. Dijana har i första hand fokuserat på frågeställningen: *Hur upplever du en självskadandepatient?* medan Victoria främst fokuserat på frågeställning: *Hur upplever du vården av en självskadandepatient?* Efter att först ha bearbetat materialet var och en för sig och sedan stämt av mot den andre har författarna försäkrat sig om att ha samsyn angående uppsatsens alla delar. De har också deltagit gemensamt vid handledningstillfällen och fört en kontinuerlig diskussion under arbetets gång. Genom dagliga kontakter har det rått samstämmighet om att båda medverkat med likvärdiga arbetsinsatser.

Sammanfattning

Syftet med arbetet var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem. Arbetet hade en beskrivande design, 21 sjuksköterskor och skötare/undersköterskor från somatisk och psykiatrisk akutmottagning deltog i arbetet. Data samlades in via semistrukturerade intervjuer och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet redovisas i form av tre kategorier som bildades utifrån följande koder. Kategorin ”emotionella problem” bildades utifrån koderna frustration, irritation, sympati, manipulation, vanmakt över onåbara patienter, maktlöshet, oro och beskriver omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende. Patienter med självskadande beteende väcker mycket emotioner, både positiva och negativa. I arbetet framkom mest negativa emotioner omkring den här patientkategorin. Kategorin ”omvårdnadsproblem” framkom ur koderna hjälplöshet angående vården, tidsbrist, resursbrist, patienten vill inte ha hjälp, kroniskt beteende och beskriver upplevelsen av vården av patienter med självskadande beteende. Vården av en självskadande patient beskrivs av omvårdnadspersonalen som krävande och otillräcklig. Kategorin ”kompetensbrist” har växt fram ur koderna behov av riktlinjer och strikta ramar, förståelse för patienten, otillräcklig kunskap, negativa attityder, splittring inom arbetsgruppen och beskriver också vården av patienter med självskadande beteende. Omvårdnadspersonalen berättade att de saknar tillräcklig kunskap för att ge en optimal vård. På grund av kunskapsbrist uppstår många problem och oförståelse för patientens beteende som även påverkar vården av dem.

Nyckelord: omvårdnad, erfarenhet, självskada, omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, kvalitativinnehålls analys.

Abstract

The aim of this study was to describe the experiences of psychiatric healthcare workers in regards to their meeting and treatment of patients with self-destructive behavior. This study had a descriptive design and 21 registered nurses and practical nurses participated, from both somatic and psychiatric emergency wards. Data was collected via semi-structured interviews and analyzed from a qualitative content analysis. The results are presented from the categories that were formed by following codes. The category “emotional difficulties” come from the codes: frustration, irritation, sympathy, manipulation, powerlessness over uncommunicative patients, powerlessness, anxiety, and describes the healthcare workers’ experiences of these self-destructive patients.

Self-destructive patients elicit very strong emotions amongst others, both positive and negative. The predominant feeling shown in this study concerning this category of patient was negative. The category “nursing difficulties” was drawn from the codes: helplessness in regards to the care, lack of time, lack of resources, the patient not wanting help, chronic behavior, and describes the experiences of caring for self-destructive patients.

Caring for self-destructive patients is described by healthcare personnel as demanding and inadequate. The category “lack of skills” has emerged from the codes: the need for guidelines and strict rules, understanding the patient, inadequate knowledge, negative attitudes, divisions in the workgroup, and describes the care of self-destructive patients.

Healthcare personnel said that they lacked the necessary training needed to give optimal care. Many problems and misunderstandings of self-destructive patients’ behavior arise on account of this lack of education/information and this affects the quality of care that they receive.

Keywords: nursing, experiences, self-injury, self-harm, care personnel, nurses, qualitative content analysis.

Innehållsförteckning

Introduktion	6
Olika former av självskadebeteende	6
Borderline personlighetsstörning	7
Att vårda den självskadande patienten	8
Problemområde	10
Syfte	12
Frågeställningar	12
Metod	12
Design	12
Urval och undersökningsgrupp	12
Datainsamlingsmetod	12
Tillvägagångssätt	13
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden	15
Resultat	16
Emotionella problem	16
Omvårdnadsproblem	19
Kompetensbrist	21
Diskussion	25
Huvudresultat	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	29
Allmän diskussion	30
Arbetets betydelse för den psykiatriska vården	31

Referenser

32oc232231768 \h 32

Bilaga 1 Frågeguide

Bilaga 2 Brev till verksamhetschefen

Bilaga 3 Brev till verksamhetschefen

Introduktion

Personer som skadar sig själva för att få en lindring i sitt psykiska illabefinnande har ökat i landet. Skolor och sjukhus har sett en ökning av detta och då främst hos unga personer, detta har lett till att socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga situationen i landet. I sin rapport kan socialstyrelsen inte fastställa att det har skett en ökning. En av anledningarna kan enligt socialstyrelsen vara att mörkertalet fortfarande är stort p.g.a. att de flesta inte söker hjälp och att rapporten omfattar enbart patienter som blir inlagda på sjukhus. I socialstyrelsen rapport framkom det att det krävs mer forskning för att få fram riktlinjer för behandling av dessa patienter. Det är viktigt att öka kunskapen om självskadebeteendets karaktär och allvarlighetsgrad (Socialstyrelsen, 2004).

Olika former av självskadebeteende

Självskadebeteende bör betraktas som ett eget psykiatriskt syndrom och beskriva ett beteende där personen skadar sig själv utan avsikt att dö, exempelvis genom att skära eller bränna sig. I dagsläget ingår ingen sådan kategori i de vanligaste diagnostiska manualerna som exempelvis DSM IV och ICD10. Däremot ingår självskadebeteende som ett symptom vid borderline personlighetsstörning. Uttrycket självskadebeteende har vidgats i Storbritannien, numera inkluderas alla former av självskadebeteende under namnet Deliberate Self-Harm, [DSH] som är ett samlingsnamn på olika former av självskador, allt från omfattande icke livshotande förgiftningar, självförvållade kroppsskador till självförvållade livshotande handlingar (Stain, 2008).

Eftersom självskadebeteende ännu inte betraktas som en egen diagnos eller störning, har man valt att dela in beteendet i olika kategorier.

Major Self-Mutilation behaviour eller på svenska grov självskada vid allvarlig psykisk störning ses som ett av symtomen i en sjukdomsprocess. Beteendet kan innefatta: ögon-enukleation, kastrering samt amputation. Tillståndet kan vara omsorgsfullt planerat eller en impulsiv handling och förekommer vid akuta psykoser, hjärninflammation (Favazza, 1998), mani, depression (Martin & Gattaz, 1991; Thompson & Abraham, 1983), personlighetsstörningar (Nakaya, 1996) samt transsexualism (Krieger, McAninch & Weimer, 1982).

Stereotypical Self-Mutilation: stereotyp självskada innebär upprepande, monotona, fixerade handlingar inte sällan utan speciella emotioner eller tankeinnehåll. Skadan kan variera från små vävnadsskador till livshotande kroppsskador (Favazza, 1998). Det här beteende förekommer framför allt vid autism och utvecklingsstörning (Rothenberger, 1993).

Deliberate Self-harm: avsiktligt självskadesyndrom är en handling med icke dödlig utgång där individen avsiktligt gör något av följande: (a) påbörjar ett beteende (t.ex. hudskärning eller hopp från en hög höjd) med uppsåt att tillfoga sig själv en kroppslig skada; (b) att en person överdoserar läkemedel; (c) intag av narkotika med intention att skada sig själv eller (d) intag av en substans eller föremål ej avsedda att intagas (Hawton, Rodham, Evans, Weatherall, 2002).

Superficial Self- Mutilation: ytlig självskada ses som en dysfunktionell form av självbehandling som ger en hastig och tillfällig lindring och en känsla av behärskning (Favazza, & Conterio, 1989). Att patienter självskadar sig kan ge en tillfällig kontroll över deras emotioner, något som även Sharkey, (2003) tar upp i sin forskning.

Borderline personlighetsstörning

Patienter med borderline personlighetstörning är ofta intensiva, impulsiva och emotionellt instabila. De har ofta en dålig självkänsla och deras bild av människor i deras nära omgivning kan skifta mellan svart och vitt. Enligt Lieb, Zanarini, Schmal, Linehan och Bohus (2004) karaktäriseras borderline personlighetsstörning av svårigheter att hantera känsloutbrott, bristande impulskontroll, upprätthållande av relationer och självbild.

Deras humör kan svänga snabbt och ofta, emotionerna tenderar att bli intensiva, de triggas igång väldigt lätt. Omgivningen kan ha svårt att förstå patientens reaktioner. Självskadebeteende och självmordsförsök är inte ovanliga (Ottosson, 2003).

Självskadebeteende förknippas ofta med borderline personlighetsstörning. Första reaktionen kan bli avståndstagande för omvårdnadspersonalen, det är svårt att tycka om det man inte förstår sig på. De flesta borderlinepatienter kan berätta om okunnighet om deras problem bland omvårdnadspersonalen samt att de känner sig oförstådda. Borderlinepatienter kommer in på sjukhus, oftast i samband med självskadebeteende och idag betraktas de som en frustrerande patientgrupp. Förmågan att relatera till andra människor är ofta nedsatt hos borderlinepatienter,

de har en tendens att bli mycket beroende och mycket arga på människor i sin omgivning och likaså omvårdnadspersonal. Erfarenhet, bra utbildning och regelbunden handledning är väldigt viktigt för att kunna bemöta dessa patienter på ett bra sätt med en varm och icke kritisk hållning (Näslund, 1998).

Enligt Näslund, (1998) kan det hända att en patient blir inlagd p.g.a. självskadebeteende och fortsätter skada sig på avdelningen, detta väcker starka reaktioner hos omvårdnadspersonalen: vrede, ångest och rädsla. Eftersom det ses som ett onormalt och skrämmande beteende händer det att patienter med borderline personlighetsstörning inte får samma omhändertagande som andra patienter eftersom de uppfattas som ansvariga för sina handlingar. En patient som fortsätter att skada sig uppfattas som vårdavvisande då de inte slutar att skada sig. Viss omvårdnadspersonal kan känna besvikelse och frustration över borderlinepatienter och stämpla dem som manipulativa och uppmärksamhetsökande. Genom detta nedvärderar man patientens problem och bedömer att det berättigar en strängare eller likgiltig behandling. Det som kan verka vara terapeutiska åtgärder som exempelvis höga medicindoser eller förflyttning kan istället göras för att straffa patienten p.g.a. deras uppstudsighet. Att straffa patienten är en mycket dålig metod som resulterar i försämrade relationer och är dessutom etiskt tveksamt (Näslund, 1998).

Det är enligt Näslund (1998) vanligt att omvårdnadspersonalen lägger över sin frustration på någon inom personalgruppen som har ett bra förhållande till patienten. Personen kan kritiseras för att tillåta patienten vad som helst och inte lägga märke till patientens manipulativa beteende. Ofta är det en grupp inom omvårdnadspersonalen som kommer att hävda att patienten bör ”gränsas”, med andra ord ska hårdare regler tillämpas och en annan grupp kommer att skylla patientens svårigheter på omgivningen och kommer att vilja rädda patienten från familjen. Allt detta leder till svåra samarbetsproblem bland omvårdnadspersonalen (Näslund, 1998). Enligt Sundin-Korsar (1996) har omvårdnadspersonalen kring en patient med borderline personlighetsstörning lätt att hamna i konflikt med varandra. Det kan förklaras med att patienten är kluven och visar upp olika sidor av sig själv för olika personal. Omvårdnadspersonalen får olika uppfattningar om patientens mående och hur behandlingen ska fortgå.

Att vårda den självskadande patienten

Patienter med självskadebeteende ses inte som ”bra och vårdförtjänande” när de söker vård. Personalen kan låta patienter vänta länge och kan uttrycka frustration, rädsla, hjälplöshet samt

känna brist på empati och respekt gentemot patienten (Mc Allister, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] är *målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen* (SFS 1982:763, SFS 1992:567 § 2). Det står vidare att vården ska vara av bra kvalitet och att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet. Personalen ska se till att en god kontakt med vården sker i samråd med patienten och vården ska även vara individuellt anpassad (SFS 1992:567).

Att vårda den självskadande patienten kräver en speciell attityd. ”Det är inte bara hur man gör som är viktigt utan också hur man gör det” (Norberg, Engström & Nilsson, 1995). Många av patienterna som söker vård på t.ex. akutmottagning eller annan vårdinrättning är under psykiatrisk vård och detta kan vara ett hinder för sjuksköterskor inom somatiken då de ofta ger uttryck för att det är svårt att vårda en patient som har en psykiatrisk sjukdom. Detta kan bero på rädsla eller okunskap för patienter som vårdas inom psykiatrin (Balch, 2006).

Enligt Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg, (2003) bör patienter med självskadande beteende bemötas av vårdpersonalen med öppenhet, följsamhet och så förutsättningslöst som det går för att kunna förstå patientens beteende. Detta kan skapa problem när omvårdnadspersonalen möter patienter med självskadande beteende p.g.a. att deras beteende inte är ”normalt” enligt våra normer. Vården måste ändå utmärkas av omsorg, värdighet och integritet mot patienten. Det är viktigt att man som vårdare tar patientens livsvärld i beaktande för att förstå patientens tillvaro (Dahlberg et al. 2003).

I omvårdnadspersonalens uppgift ingår det att man ska kunna vägleda, avlasta, ge lindring och stöd åt den självskadande patienten. Omvårdnadspersonalen måste känna tilltro till sig själva i arbetet samt få stöd och uppmuntran av arbetsledningen. Detta är viktigt för att den vårdande personalen ska kunna ge en bra vård (Craford, 1987).

Inom psykiatrin är det viktigt att vården individanpassas så att man kan ta tillvara patientens resurser. Som vårdpersonal är det bra om man har en förmåga att sätta sig in i en patients situation och om det behövs ta ansvar när patienten inte klarat av det själv (Dahlberg et al. 2003).

Omvårdnadsteoretikern Travelbee (2001) lägger stor vikt på den mellanmänskliga relationen i sin omvårdnadsteori. Hon menar att det viktigaste syftet med omvårdnad är att hjälpa den sjuka att hantera eller stå ut med sin sjukdom och sitt lidande samt att finna en mening med dessa upplevelser. Ett annat viktigt mål för sjuksköterskan är att förebygga sjukdom och lidande samt att främja hälsa. Travelbee säger vidare att hälsa är individuell och har olika begrepp från person till person så därför har hon ingen klar beskrivning på hälsobegreppet. Travelbee tar upp två allmänna metoder i hur omvårdnad ska genomföras, den ena består i terapeutisk användning av sig själv, man kan säga interaktion och kommunikation i syfte att hålla en mellanmänsklig relation. Den andra metoden är en professionell, intellektuell som går ut på att identifiera omvårdnadsbehov och planera insatser som kan se till dessa. Travelbee inriktar sig särskilt på den första metoden som hon säger kräver självinsikt, kunskap och tekniker som vissa bestämda ståndpunkter och värderingar (Kirkevold, 2002).

Problemområde

Området väckte ett intresse hos författarna att ta reda hur omvårdnadspersonalen upplever patienter med självskadande beteende. Kanske beror det på omvårdnadspersonalens osäkerhet och rädsla för patientens liv i mötet med patienter med självskadande beteende eller andra faktorer som bör studeras?

Det har forskats en hel del inom området, sett från patienternas perspektiv. Författarna valde att vända på problemet och undersöka omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem.

Författarna koncentrerade sig på självskadande beteende som hamnar under avsiktligt självskadesyndrom samt avsiktligt självskadesyndrom. Patienterna med självskadebeteende kommer oftast först i kontakt med akutmottagningen för att eventuellt senare remitteras över till psykiatrisk enhet. Detta arbete genomfördes på akutmottagningen samt psykiatriska akutmottagningen.

Självskadebeteende är något som uppmärksammas allt mer de senaste åren. Ofta lider självdestruktiva individer av psykisk ohälsa och hanterar detta genom att skära eller på annat sätt skada sig själv. Det är ett viktigt område att studera närmare då denna patientgrupp ofta bemöts på ett ovärdigt sätt inom vården, vilket även stöds av forskning (McAllister, 2001). Då denna

patientgrupp påträffas inom alla områden i vården och inte bara inom psykiatri är det av stor vikt att allmänsjuksköterskan har kunskaper om självskadebeteende och känner sig trygg i mötet med dessa patienter. Dessutom kan det inte uteslutas att dåligt bemötande leder till ytterligare lidande, självskador, självmordsförsök.

Patienterna anser att de blir dåligt bemötta. Det rapporteras kontinuerligt att patienter med självskadande beteende upplever omvårdnadspersonal (sjuksköterskor, undersköterskor, skötare) som negativa. Patienterna har uttryckt att de blir fientligt bemötta när de har åstadkommit skadan själva (Patterson, Whittington, & Bogg, 2007).

Efter att ha tagit del av socialstyrelsens rapport "flickor som skadar sig själva" och artiklar inom ämnet väcktes många frågor hos författarna. Författarna blev intresserade av att studera vidare inom ämnet för att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av att vårda patienter med självskadande beteende.

Syfte

Syftet med arbetet var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem.

Frågeställningar

Hur upplever omvårdnadspersonalen en självskadandepatient?

Hur upplever omvårdnadspersonalen vården av en självskadandepatient?

Metod

Design

Då syftet med arbetet var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem valde vi att använda en deskriptiv design. Designen möjliggör för informanterna att beskriva fritt om sina upplevelser (Polit & Beck, 2001).

Urval och undersökningsgrupp

Författarna valde att genomföra arbetet på somatisk och psykiatrisk akutmottagning. Författarna ansåg att de skulle vara intressant att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem på två väldigt olika avdelningar. Förhoppningen var att fånga in så många upplevelser som möjligt då dessa avdelningar ofta kommer i kontakt med dessa patienter. Författarnas inklusionskriterier var att deltagarna i arbetet ska ha jobbat minst ett år på respektive avdelning för att kunna ha erfarenhet av att vårda patienter med självskadande beteende. Informanterna hade en spridning mellan åldrarna 27 till 64 med varierande erfarenheter av patienter med patienter med självskadande beteende. I arbetet deltog 5 manliga och 16 kvinnliga informanter varav 11 var sjuksköterskor och 10 undersköterskor/skötare.

Datainsamlingsmetod

För datainsamlingen användes intervjuer och en intervjuguide. För att pröva frågeguidens kvalitet och göra eventuella ändringar utfördes två provintervjuer med personer som inte tillhörde urvalsgruppen.

Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes med hjälp av en frågeguide som innehöll två stora frågor samt en fråga där informanterna uppmanas att berätta om ett fall där självskadebeteende är inblandat. Båda författarna var närvarande vid varje enskild intervju, en ansvarade för genomförandet av intervjun och den andra författaren observerade samt kompletterade med frågor som intervjuaren kunde ha förbisett. Författarna delade lika på antalet intervjuer och växlade i rollerna som observatör. Informanterna fick berätta fritt om sina upplevelser och genom svaren fångade vi upp områden som var viktiga med avseende på syftet. Intervjuerna tog: 30-50 minuter och spelades in på band. Därefter skrevs alla intervjuer ut ordagrant, även markeringar för suck, emotioner, härmningar för att bibehålla känslan i det sagda ordet.

Tillvägagångssätt

Författarna kontaktade respektive verksamhetschefer skriftligt och via telefon, och presenterade arbetet. Verksamhetscheferna lämnade skriftligt godkännande för studien och hänvisade till respektive berörda avdelningschefer. Dessa kontaktades via telefon varvid studien och dess syfte presenterades. Avdelningscheferna lämnade ut namn på två sjuksköterskor som fick kontaktas för att göra upp en tid för fortsatt samarbete. Efter att ha kontaktat sjuksköterskorna på respektive avdelningar åkte vi till avdelningarna, presenterade oss och vårt arbete i fikarummet. På plats lämnade författarna ut missivbrev och försäkrade även muntligt om att all material kommer att behandlas konfidentiellt. Författarna talade också om att det vore önskvärt att intervjua omvårdnadspersonal som har erfarenhet av självskadepatienter och därför har satt ett urvalskriterium på minst ett års arbetserfarenhet, vilket också stod i missivbrevet. Dessutom berättade författarna att vi helst vill intervjua fem sjuksköterskor och fem undersköterskor/skötare på respektive avdelning för att få så mångsidiga upplevelser som möjligt eftersom sjuksköterskor och undersköterskor/skötare har olika arbetsuppgifter. Informanterna skickade svar om deltagande till oss genom internposten. Allt som författarna informerade om muntligt fanns även nedskrivet på missivbrev som var och en fick. Författarna lämnade ut tretton missivbrev på varje avdelning.

Författarna fick tillbaka tjugoen missivbrev och alla som svarade ville delta. De tjugoen missivbrev som kom tillbaka delades upp ungefär lika mellan författarna. Författarna tog enskilt ansvar för varsin halva av missivbrev och kontaktade framtida deltagare för att göra upp tid

och plats. Efter att ha gjort upp om tid och plats, genomfördes intervjuerna på respektive avdelning efter informanternas önskemål.

Det var viktigt för författarna att bygga upp en atmosfär där informanterna kände sig trygga och var villiga att tala om sina upplevelser så ärligt som möjlig. Författarna inledde intervjun med att presentera sig själva, beskriva sin utbildning, yrkesbakgrund samt sin arbetsplats. Författarna gick igenom missivbrevet tillsammans med informanterna och försäkrade ännu en gång att svaren skulle behandlas konfidentiellt, att banden förvaras i bankvalv och förstörs efter arbetes slut, att intervjuerna avidentifieras samt att svaren presenteras på gruppnivå där ingen går att peka ut. Innan intervjun fick informanterna en möjlighet att ställa frågor till författarna om något var oklart för att avbryta så lite som möjligt under kommande intervjun.

Dataanalys

För bearbetningen av intervjuerna har en manifest innehållsanalys använts i enighet med Graneheim och Lundman, (2004). Materialet utgjordes av tjugo ordagrant nedskrivna intervjuer. Författarna läste varje enskild intervju upprepade gånger för att få en känsla för helheten. En av intervjuerna motsvarade inte syftet och exkluderades därmed, tjugo intervjuer analyserades således. Målet med innehållsanalysen var att hitta den upplevda känslan genom att analysera texten så systematiskt och så förutsättningslöst som möjligt.

Därefter har meningar eller uttryck som är relevanta för syftet tagits ut. För att sammanhanget skall kvarstå togs omgivande text med, dessa meningar utgjorde meningsbärande enheter. I nästa steg har de meningsbärande enheterna kondenserats i avsikten att korta ner texten utan att innebörden förloras. Kondenserad text är således textnära för att bibehålla intervjuens kärna.

De kondenserade meningsenheterna kodades. En kod kan beskriva händelser, isolerade företeelser och andra fenomen som kan återkopplas till innehållet i texten. Detta förfarande gjordes vid varje enskild intervju.

De olika koderna som framkom ur intervjuerna jämfördes med varandra utifrån likheter och skillnader och sedan delades in i kategorier.

Kategorierna beskriver innehållet och ger uttryck för det manifesta, klart framträdande innehållet i texterna. Kategorierna svarar på frågan vad. Som i vårt arbete motsvarar vad upplevelsen av att

vårda självskadande patienter är. Under analysens gång kontrollerades kondenserad text, koder och kategorier fortlöpande gentemot intervjuerna för att undvika misstag (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

meningsbärande enheter	kondenserad text	kod	kategori
gör det här upprepade gånger och som manipulerar ut oss mot varandra och så liksom spelar ut oss min kollega hon liksom hade lite mer medlidande och spelade med	gör det här upprepade gånger och som manipulerar ut oss mot varandra	manipulation	Emotionella problem
Det är fruktansvärt egentligen att man inte vet vad man ska göra Man har träffat många genom åren, ändå är alla så olika	Vet inte vad man ska göra, de är så olika	kunskapsbrist	Kompetensbrist
vi kan inte ge de den eventuella vården de behöver det finns ingen direkt vård vi kan ge de här vården ger ingenting, nej	vi kan inte ge de den eventuella vården de behöver	otillräcklig vård	Omvårdnadsproblem

Forskningsetiska överväganden

Kvale (1997) beskriver att forskning skall frambringa kunskap som förbättrar människans situation och ge henne/honom ett ökat värde. En risk med arbete kan vara att informanterna känner sig tvingade att delta i studien. Författarna betonade därför, både i den skriftliga och muntliga informationen för frivilligheten av att delta och möjligheten att avbryta intervjun vid vilken tidpunkt som helst. Författarna delgav inte klinikerna vilka som deltog respektive avstod.

Informanternas önskemål angående tid och plats respekterades. Författarna försäkrade att allt material kommer att behandlas konfidentiellt, intervjuerna skrevs ner ordagrant, alla uppgifter om enskilda personer avidentifierades och banden kommer att förstöras efter avslutad studie. Forskarens etiska förhållningssätt uppmanar till skyldighet att inte låta egna värderingar och erfarenheter påverka resultatet (Eriksson, 1992). Författarna försökte lägga sina värderingar åt sidan inför varje intervju och analys för att undvika påverkan på resultatet. Då författarna var medvetna om att deras värderingar kan påverka resultatet påminde författarna varandra om att tänka förutsättningslöst. Författarna är ytterst ansvariga för att arbete är av god standard, etiskt acceptabelt samt att den följer omvårdnadsforskningens etiska riktlinjer i Norden (svensk sjuksköterskeförening, 2007).

Resultat

Resultatet presenteras i löpande text utifrån arbetets tre kategorier som är: emotionella problem, omvårdnadsproblem och kompetensbrist och motsvarar arbetets syfte. Syftet med arbetet var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem. Koderna som utgör arbetets kategorier styrktes med citat från intervjuerna för att öka trovärdigheten.

Emotionella problem

Författarna har valt att samla olika upplevelser av patienterna i kategorin emotionella problem som är ett brett begrepp. Kategorin innefattar positiva och negativa emotioner som har kommit fram under intervjuerna. Nedan följer koderna som har lett till kategorin emotionella problem.

Frustration

De flesta informanterna berättar att de upplever en känsla av frustration över patientens beteende. Omvårdnadspersonal har svårt att förstå att självskadande beteende skulle kunna leda till något positivt för patienten som t.ex. ångestlindring. De känner sig allmänt frustrerade över det återkommande beteendet som de upplever inte leder till något som förbättrar patientens livssituation.

”Jag blir frustrerad, förtvivlad eller icke förtvivlad man blir liksom frustrerad, frustration känner jag mest faktisk” (9)

”går ju inte riktigt att påverka på nåt sätt, man blir ganska så frustrerad” (7)

Irritation

Omvårdnadspersonalen har svårt att vårda dessa patienter, de känner irritation över patientens beteende. Informanterna menar att de inte kan förstå patientens beteende och därmed blir irriterade när patienten skadar sig gång på gång.

”Då kan de sticka åt helvete tills jag känner att de är beredda att ta sitt ansvar” (16)

”... man ser deras utfall man får sällan ett grepp om individen bakom deras symptom förrän långt efteråt. Såå jag tycker just symtombilden är extremt förstörande och irriterande och tröslös är min personliga uppfattning” (6)

Sympati

Det framkommer att omvårdnadspersonalen tycker synd om patienten. Informanterna menar att det är så synd att de mår så dåligt, de kommer inte att kunna ha ett normalt liv efteråt. De är ärrade för livet både fysiskt och psykiskt.

”Det är mer att man tycker synd om de här människorna. Att jag kan känna, jag känner så här att finns det verkligen ingenting annat är det här enda utvägen” (21)

Manipulation

De patienter med självskadande beteendena upplevs av omvårdnadspersonalen som väldigt manipulativa. De anser att patienterna spelar ut personalen och alla runt omkring dem. Informanterna anser att patienter med självskadande beteende spelar ett spel för att bli sedda och få sin vilja igenom. När de inte får sin vilja igenom anser omvårdnadspersonalen att de straffar sin omgivning på olika sätt.

”Men vissa följde ju med henne i hennes spel va och det blev ännu värre, jag höll på att få hjärnblödning va” (16)

”pojkvännen har gjort slut ... då är det ju mer att han ska komma tillbaka. Han ska se mig att och jaa nu blev jag så ledsen och nu ringer jag till dig och säger att jag gjort det här för det är ju ditt fel och då kommer ju han en kort stund. Det är ju straff på ett sätt.

Det är ju individuellt men det är klart det är ju inte rätt, jag har varit utsatt för det själv och det är ju inte rätt. För bestämmer man sig för och bryta då bestämmer man sig för det och visst att den ena kanske inte är överens om det nu handlar om just det men det då men det är ju ganska vanligt bland yngre i alla fall” (21)

Vanmakt över onåbara patienter

Patienter med självskadande beteende upplevs av omvårdnadspersonalen som mycket svåra att få kontakt med. Det uppfattas ibland som om de inte vill prata om sina skador och varför de uppstod vilket väcker vanmakt hos omvårdnadspersonalen.

”svåra en del är ju inte villiga dom vill liksom inte dom vill inte prata å dom vill inte dom är otrevliga å dom liksom dom är trötta dom vill inte ge kontakt så..” (18)

”Så är de mer inbunden tycker jag. De är mer tysta å bara stirrar rakt ut å, ja de är svåra att nå faktiskt” (14)

Maktlöshet

Informanterna känner att de inte kan göra så mycket för patienter med självskadande beteende. De känner en maktlöshet för hur de än gör så återkommer de flesta patienterna, de upplever att de inte räcker till.

”hjälpöshet ganska mycket alltså det känns inte som man kan eller som att jag kan göra speciellt mycket för de patienterna här. Det är framför allt. det. Allt är meningslöst” (4)

”Jag kan, jag kan lida med dem och jag känner mig maktlös för jag inser att besöket här idag inte kommer att hjälpa dig. Så känner jag många gånger med de här patienterna” (11)

Oro

Informanterna känner en oro för ytterligare självskadebeteende när patienten är inlagd. De menar att dessa patienter kan inge ett falskt lugn och skada sig ytterligare vilket gör att omvårdnadspersonalen upplever oro för patienten.

”... ena minuten är allt lugnt å fint å dom får må bra åå i nästa nästan obegripligt så har de hittat på nå jäkelskap som man kan tycke va å förstör för sej å för andra det blir jobbigt på avdelningen när dom håller på åå men det, men det” (13)

”Det är ja jag blir rädd och osäker man vill ju ha koll på de hela tiden, kan inte släppa de, till och börja med har de ju ofta extra vak när de kommer till oss här innan de har blivit medicinerade och behandlade” (3)

Omvårdnadsproblem

Patienter med självskadande beteende anses vara svåra att vårda enligt omvårdnadspersonalen. De är svåra att nå, prata med och hjälpa. Det mesta känns hopplöst och meningslöst enligt informanterna. Nedan följer olika faktorer som författarna väljer att sammanställa under kategorin omvårdnadsproblem.

Hjälplöshet angående vården

Informanterna känner sig hjälplösa angående vården. Hur de än gör blir det inte bättre eftersom de flesta patienter med självskadande beteende återkommer gång på gång. Under intervjuerna berättar flertal respondenter att de känner en maktlöshet och otillräcklighet angående vården.

”... inga mediciner som hjälper.

... ingen inte terapi som hjälper.

... ganska så meningslöst att vårda en självskadande patient.

... inte mottliga för omvårdnad överhuvudtaget” (1)

”Jag blir helt uppgiven blir jag, helt uppgiven för jag anser att det finn ingen direkt vård vi kan ge de” (16)

Tidsbrist

En faktor som är ständigt återkommande är att omvårdnadspersonalen saknar tid för att kunna ge tillräcklig omvårdnad. Informanterna anser att patienter med självskadande beteende tar oerhört mycket tid som i dagsläget inte finns.

”...känna åååå varför just nu va när det är som körigast här. Dessa patienter tar tid och de behöver tid” (17)

Resursbrist

Omvårdnadspersonalen anser att vården efter vårdepisoderna är otillräcklig vilket gör att patienterna återkommer. Informanterna menar att patienterna inte har något att återvända hem till, de blir väldigt ensamma och det finns ingen hjälp att få. Ensamheten är en bidragande orsak till att de upprepar sitt självskaдебeteende. Omvårdnadspersonalen menar att fortsatt vård borde bedrivas i öppenvård eller på behandlingshem med speciell kompetens.

”trots vårdplaneringar och allt vi har haft så har det inte räckt till det som kommunen erbjuder, uppföljningar, möjligheter. Det blir att de kommer tillbaka och på grund av brist på uppföljningar jaaa kommunen har inte så mycket resurser, det ser vi ju väldigt ofta, vi vårdplanerar och kanske tycker till om vad vi tycker att det här lutar åt och de har inte och då får de kanske för lite många gånger” (10)

”behöver ha utslussningsboende av någon form

de här behandlingshemmen eller vad man nu kan kalla de

det ska finnas nåt boende

du kommer också tillbaka till en gemenskap och en trygghet

behöver lång tid för och landa” (10)

Patienten vill inte ha hjälp

Många av informanterna ger uttryck för att de upplever att många av dessa patienter inte vill ha hjälp eller bli friska.

” så länge man inte vill själv så är det inte mycket man kan göra. Jag som skötare står ju bara bredvid och hjälper om de själv vill, jag kan ju inte göra någon frisk om de bara skär sig och inte vill” (5)

”Du vill inte bli frisk, så kan jag känner jag. Du vill inte bli frisk. Du vill va den här. Du mår bra i det här måendet då och då har inte vi nåt att hjälpa dig med” (16)

”... försöker men, ja de tar inte emot hjälpen de får” (2)

Kroniskt beteende

Omvårdnadspersonalen känner en hopplöshet inför eventuellt tillfrisknande hos en patient som är återkommande. De känner sig trötta eftersom vården inte leder till någonting. Hopplöshet inför tillfrisknande för kroniskt självskadebeteende

”Jaaa kommer de in för femtonde gången blir man faktiskt ganska trött, samma samma samma. Hur man än gör kommer de tillbaka för samma sak” (4)

”jahaa jag brukar tycka trötthet framför allt. Jag känner trötthet för jag tycker att man har sett det en gång man har sett det tio gånger jag har sett det hundra gånger och det löser egentligen ingenting” (6)

Kompetensbrist

Informanterna anser att de inte äger tillräckligt mycket kunskap om patienter med självskadande beteende vilket gör att det blir svårare att ge fullgod vård samt förstå patienten och dess beteende. Genomgående under intervjuerna efterfrågas handledning, riktlinjer samt kontinuerlig utbildning för att förbättra vårdkvalitén.

Behov av riktlinjer och strikta ramar

Informanterna efterfrågar klara riktlinjer och förhållningsätt för att kunna vårda patienten på bästa sätt. I dagsläget känner de att de saknar den kunskapen.

”Jaaa jag känner att vi skulle behöva mer.. eller jaa klara och tydliga riktlinjer. Hur man ska vårda dessa patienter, vad som är bäst för patienterna. Man kan inte bara saker och ting bero...” (8)

”det är inte alltid det funkar att vara snäll utan man måste vara tydlig. Varför tar, varför gör du så här, varför har du tagit de här och vad tror du det leder till och jaaa. Man kan inte bara jämsa med, vi behöver mer riktlinjer för hur vi ska göra” (21)

Förståelse för patienten

En del av informanterna uttryckte att de har en förståelse för patientens beteende. De har kunskapen om att dessa patienter mår väldigt dåligt och inte skadar sig för att göra någon annan upprörd.

”Man förstår ju att det finns en bakgrund till det hela. Förstår ju liksom att de, man har ju hört och läst också att de öö för att dämpa den smärta dom har inom sig att de mår psykisk dåligt att dom då tar bort den. Och det har jag hört patienter också berätta när jag vart med och sytt.

Oftast är det ju att dom mår dåligt i själen, och liksom tar till detta för å ta bort det onda där då åså gör dom det andra för att känna smärta där istället. Vad jag förstår”
(8)

”Sen har man ju fort lärt sig genom åren å hört hur ja psykologer som har berättat att det är ju den här ångesten som gör att det släpper” (15)

Otillräcklig kunskap

Omvårdnadspersonal anser att det är svårt att vårda patienter med självskadande beteende eftersom de inte besitter tillräcklig kunskap. De anser att det är svårt att bemöta, förstå och bryta patientens beteende.

”sen vet jag inte hur man gör heller då ska de på behandlingshem med specialkompetens där folk vet hur man ska handskas med de” (4)

”det tror jag beror på att man inte har kunskapen om deras beteende helt enkelt” (20)

Negativa attityder

Omvårdnadspersonalen menar att dåliga attityder förekommer gentemot dessa patienter. Patienter med självskadande beteende anses vara jobbiga och besvärliga vilket leder till att omvårdnadspersonalen känner trötthet. Att omvårdnadspersonal känner trötthet anser de bero på kunskapsbrist.

”Det finns attityder både mot de här patienterna och de säger narkotika påverkade och berusade och så här. Besvärliga, besvärliga patienter tror jag många tycker. De kan i stort sätt skylla sig själv lite grann de har ju gjort det själva nu kommer några såna här igen, de ser helt enkelt inte människan och människans förtvivlan bakom detta utan bara en som tar upp en onödig plats” (12)

”hade till exempel en läkare han tyckt att du behövde ju inte ha någon bedövning, vi kan ju sy utan för det här är ju du van vid” (15)

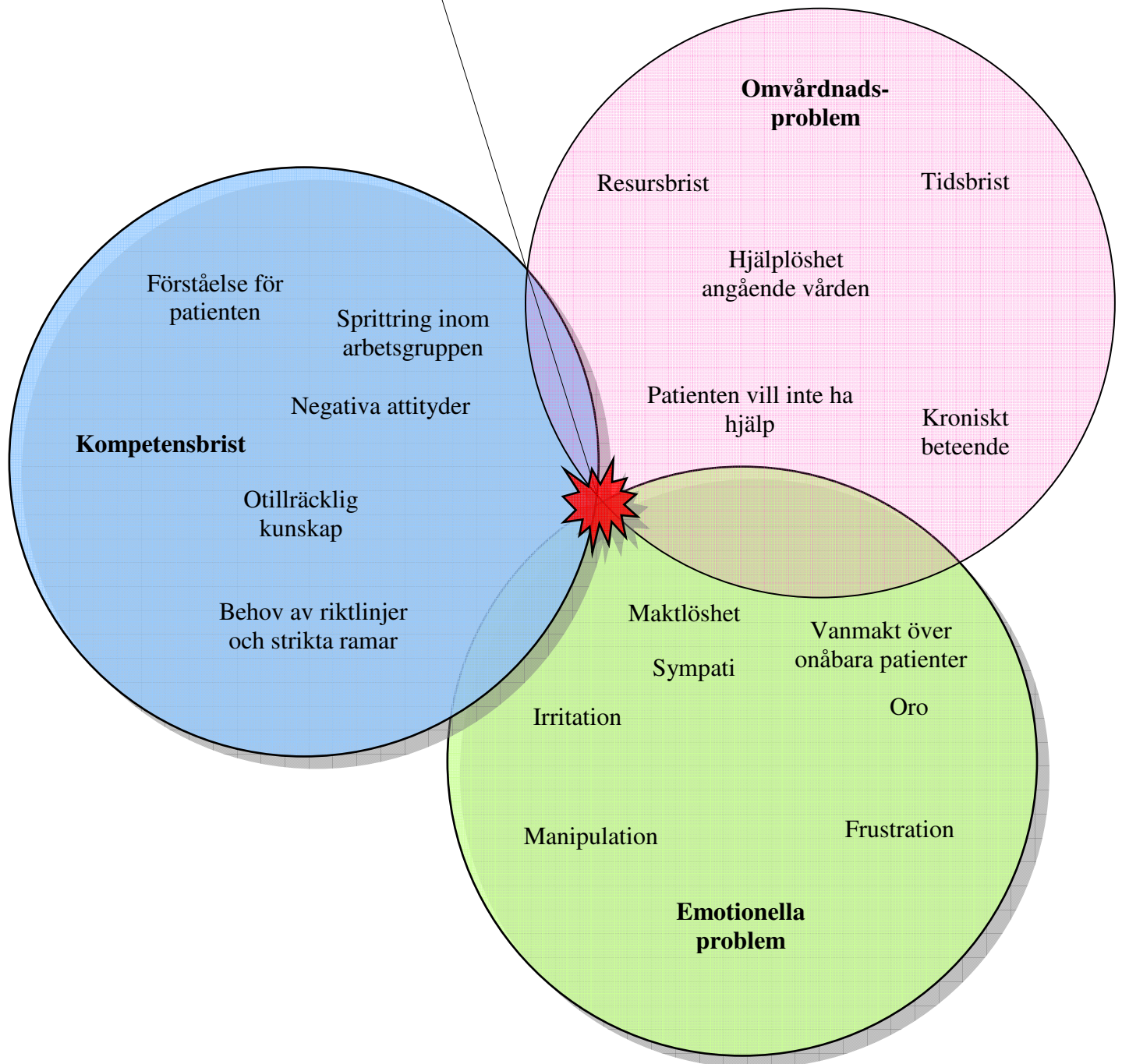
Splittring inom arbetsgruppen

Patienter med självskadande beteende anses vara manipulativa och med sitt beteende ha en tendens att splittra en arbetsgrupp.

”De är så jävla medvetna om det men de kör sitt race ändå. Det finns alltid nån i gruppen som är lite svag den dagen eller svag som människa så att den känner sig som den viktigaste människan och köper allt de säger mimimi går med totalt i deras jävla spel va. Och helt plötsligt då, det är det som är så typiskt för borderline att de splittrar upp gruppen och så har man det storbråket på avdelningen bland personalen” (16)

”...de delar in personalstyrkan i svart och vitt, stämmer inte va alla säger olika till olika personal” (3)

**Behov av fortbildning
kompetensutveckling
attitydförändring**



Diskussion

Huvudresultat

Syftet med arbetet var att belysa omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem. Författarna anser att syftet har uppnåtts då omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende samt vården av dem framkommer. Resultatet utgörs av tre huvudkategorier: emotionella problem, omvårdnadsproblem samt kompetensbrist.

Kategorin ”emotionella problem” bildades utifrån koderna frustration, irritation, sympati, manipulation, vanmakt över onåbara patienter, maktlöshet, oro och beskriver omvårdnadspersonalens upplevelser av patienter med självskadande beteende. Patienter med självskadande beteende väcker väldigt mycket emotioner, både positiva och negativa. I arbete framkom mest negativa emotioner och kring den här patientkategorin.

Kategorin ”omvårdnadsproblem” framkom ur koderna hjälplöshet angående vården, tidsbrist, resursbrist, patienten vill inte ha hjälp, kroniskt beteende och beskriver upplevelsen av vården av patienter med självskadande beteende. Vården av en självskadande patient beskrivs av omvårdnadspersonalen som krävande och otillräcklig.

Kategorin ”kompetensbrist” har växt fram ur koderna behov av riktlinjer och strikta ramar, förståelse för patienten, otillräcklig kunskap, negativa attityder, splittring inom arbetsgruppen och beskriver också vården av patienter med självskadande beteende. Omvårdnadspersonalen berättade att de saknar tillräcklig kunskap för att ge en optimal vård. På grund av kunskapsbrist uppstår många problem och oförståelse för patientens beteende som även påverkar vården av dem.

Resultatdiskussion

I resultatet har det framkommit att omvårdnadspersonalen har negativa upplevelser av patienter med självskadande beteende vilket väckte negativa emotioner som frustration, vanmakt och irritation. Detta framkommer också i en studie gjord av Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis, Tatarelli (2005) och O'Donovan och Gijbels (2006) att omvårdnads- personalen upplever ilska

och frustration i arbetet med patienter med självskadande beteende och att dessa patienter kan väcka ångest, ilska och brist på empati hos sjuksköterskorna. Fish (2000) har gjort en studie angående personalens erfarenheter av att arbeta med patienter med självskadande beteende. Slutsatsen av studien visade att personalen kände kraftfulla emotioner när patienterna skadade sig själva. Personalen kände allt från ilska till emotioner som otillräcklighet och skuld. Enligt Clarke & Whittaker (1998) är självskadebeteende, speciellt skärsår på armarna provocerande för omvårdnadspersonal och kopplas till flera psykiatriska diagnoser.

I resultatet framkom att patienterna ansågs vara manipulativa, straffande och svåra att lita på enligt omvårdnadspersonalens. Studien gjord av Wilstrand, Lindgren, Gilje och Olofsson (2007) påvisar också att personalen tyckte att den självskadande patienten upplevs manipulativ. Även Fish (2000) kom fram till slutsatsen att patienterna upplevdes ibland som manipulativa.

Författarna kom fram till att omvårdnadspersonalen kände sig maktlösa och hjälplösa i mötet med patienter med självskadande beteende. Enligt Wilstrand, Lindgren, Gilje och Olofsson (2007) upplevs patienterna som mycket krävande, personalen känner sig hjälplös och maktlös, frustrerade att de saknar kunskap om varför. Enligt en studie gjord av Slaven, och Kisely (2002) kan känslan av hjälplöshet leda till att omvårdnadspersonalen undviker patienter med självskadande beteende och anser att arbetet med dem är obekvämt. I en studie gjord av McCann, Clark, McConnachie och Harvey (2005) kommer det fram att de flesta sjuksköterskor har en negativ syn på patienter med självskadande beteende och att de oftast har en låg prioritet. Den negativa synen på dessa patienter kan leda till sämre vård.

Omvårdnadspersonalen känner även oro för patientens liv, rädsla för att självskadebeteende ska gå för långt. Crawford, Geraghty, Street och Simonoff (2003) har gjort en studie om hur personalen tycker det är att jobba med patienter med självskadande beteende och vad de känner om någonting händer dessa patienter under ett arbetspass. Det framkommer att personalen känner oro över att anklagas för patienternas självskador om de lyckas skada sig under deras arbetspass och att de skuldbeläggs av såväl sig själva som kollegor och ledningen när detta händer.

Omvårdnadspersonalen upplever hjälplöshet gentemot vården av patienter med självskadande beteende, hur de än gör så hjälper det inte. I en studie gjord av Duperouzel och Fish (2007)

kände omvårdnadspersonal en stor skuld när patienterna hade lyckats att skada sig och personalen ville oftast att någon skulle ta på sig skulden. Personal önskade att de hade svar på frågan varför det hände och varför var det ingen som såg till patienten? Samma resultat kommer Reece (2005) fram till i sin studie som visar att sjuksköterskorna upplevde en känsla av hjälplöshet när de skulle hantera patienternas inre plåga. De ställde sig själva frågan ”kunde vi gjort något mer för att hjälpa”. Wilhelm, Schneiden och Kotze (2000) och McAllister, Zimmer-Gembeck (2008) visar att sjuksköterskor som jobbar med patienter med självskadande beteende inom akutmottagningen känner sig oftast oförberedda och att de inte kan ge en bra vård. Även de sjuksköterskor som har psykiatrisk utbildning känner att de inte kan vårda dessa patienter.

I resultatet framkom att omvårdnadspersonalen uppfattar patienter med självskadande beteende som svåra att vårda. Anderson, Standen, och Noon (2003), Hopkins (2002) och McCann, Clark, McConnachie och Hurvey (2006) beskriver i sina studier att omvårdnadspersonal ansåg att det var svårt och utmanade att jobba med patienter med självskadande beteende, det var nästan omöjligt att inte döma patienten utifrån deras beteende.

Vården av en självskadande patient kan vara en utmaning enligt Rayner, Allen och Johnson (2004). Sjuka människor förväntas uppsöka vård samt lyssna på råd som ges. Inom sjukvården möter man patienter dagligen som avviker från det här mönstret. Detta framkom även i vårt arbete, patienterna tog inte emot redskapen som gavs och visade ovilja att bli bättre genom fortsatt självskadebeteende enligt omvårdnadspersonalen.

Enligt Harris (2000) upplevde en patient att hon blev avspisad av sjuksköterskorna och läkarna. Hon kände sig liten. Patienter med självskadande beteende behandlas annorlunda än de som råkar ut för olyckor menar patienten. Patienten upplevde att personalen såg på henne som om hon slösade deras tid. I vårt arbete menade omvårdnadspersonalen att de saknade tid och att dessa patienter är väldigt tidskrävande och dessutom hjälper inte vården hur de än gör.

Viss psykiatrisk omvårdnadspersonal har väldigt lite tolerans för självskadebeteende. Även de som möts med det ofta kan de från början utveckla negativa attityder när de träffar patienter som skadar sig kontinuerligt eller uppvisar väldigt lite förbättring (Patterson, P., Whittington, R., Bogg, J., 2007). Vilket har visats sig i vårt arbete också, kronsikt beteende tröttar ut. Omvårdnadspersonalen känner att vården inte hjälper. O'Donovan och Gijbels (2006) skriver i

sin studie att patienter som skadar sig upprepade gånger väcker frustration hos omvårdnadspersonalen pga. deras oförmåga att hjälpa patienten.

Viss omvårdnadspersonal kunde förstå till en viss del patientens beteende enligt vårt arbete. Främsta orsaken till självskadebeteende var ångestdämpning, omvårdnadspersonalen kunde ha viss förståelse för det. Enligt Reece (2005) menade sjuksköterskorna att självskadebeteende vara ett sätt att leva, men kunde inte till fullo förstå orsaken till fenomenet.

I vårt arbete anser omvårdnadspersonalen att optimal vård av patienter med självskadande beteende kräver kontinuerlig utbildning och handledning. Omvårdnadspersonalen upplever att de saknar kunskapen och förståelsen för patienter med självskadande beteende. Enligt Friedman, Newton, Coogan, Hooley, Patel, Pickard, och Mitchell (2006) har personalen inte redskap för att ge adekvat vård. De visste inte hur det skulle reagera i vissa situationer som uppstod och saknade erfarenhet.

Avsaknad av kunskap berodde på för lite utbildning om självskadebeteende enligt omvårdnadspersonalen i vårt arbete. Palmer, Blackwell och Hinchcliffe (2008) skriver i sin studie att det är viktigt att förbättra personalens kunskaper. Om personalen hade bättre kunskaper skulle attityder och bemötandet till dessa patienter bli bättre. De skriver vidare i samma arbete att om kunskapen fanns och bemötande var bättre kan det på sikt leda till mindre dödsfall som är relaterande till patienter med självskadande beteende.

Det är väldigt viktigt att omvårdnadspersonal även inom den somatiska vården har kunskaper om självskadebeteende då de oftast är de första som patienter med självskadande beteende möter i vården innan de slussas vidare till psykiatrin eventuellt (Wilhelm, K., Schneiden, B. & Kotze, B. 2000).

I en studie som är gjord av McAllister, M. Creedy, d., Moley, W och Farrugia, C. (2002) framkom det att nästan all omvårdnadspersonal saknade en inriktad utbildning som handlade om självskadebeteende och utan denna specialist kunskap var det svårare att ge en god vård till dessa patienter. Personal fick en kort lektion om självskadebeteende på en timme och efter den här timmen bemötte de patienterna på ett bättre sätt och hade mer förståelse för de. Därför är det enligt forskarna viktigt att personal får utbildning inom detta område.

I vårt arbete framkommer det att personalgruppen inte alltid är enade om hur man ska bemöta och vårda patienter med självskadande beteende, en splittring inom personalgruppen är inte helt ovanlig. O'Donovan (2007) har gjort en studie om hur personalen uppfattar sammanhållningen i personalgruppen efter införandet av patientnära vård på en akut psykiatrisk avdelning i Irland. De flesta i arbete tyckte att det var svårt att komma överens om något som man hade bestämt och det är alltid någon som gör tvärt om. Sjuksköterskorna tyckte att de fick allt mer att göra och att tiden med patienterna blev allt kortare. Deltagarna i arbete tyckte att de skulle vara bra med mer strikta regler om vad som ska vara och hur det ska göras på avdelningen för att inte det ska bli en splittring inom personalgruppen.

Metoddiskussion

För att besvara arbetets syfte har författarna valt en kvalitativ ansats med beskrivande design. Urvalet av respondenterna bestod av 11 sjuksköterskor och 10 skötare/undersköterskor med minst ett års arbetserfarenhet. Författarna valde att genomföra arbetet på akutmottagningen och psykiatriska akutmottagningen. Bägga avdelningarna har väldigt mycket erfarenhet av självskadande patienter. Inom akutmottagningen fanns ingen specialist utbildad personal inom psykiatri och de hade svårt att förstå orsaken till patientens beteende. Inom psykiatriska akutmottagningen fanns specialist utbildad personal inom psykiatri som lättare kunde förstå orsaken till patientens beteende. Trots att personalen inom psykiatriska akutmottagningen lättare förstod orsaken bakom patientens beteende var de lika frustrerade över patienten som på akutmottagningen. Författarna fick mycket erfarenheter och ett rikare material då man såg patienterna från olika kunskapsvinklar. Författarna anser att resultatet påverkades positivt av att genomföra arbetet på väldigt olika avdelningar. Av 21 gjorda intervjuer var det en intervju som föll bort p.g.a. att den inte motsvarade syftet då informanten konstant återkom till självmordsbenägna patienter istället för patienter med självskadande beteende som vårt arbete handlar om.

Vidare i analysarbetet användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

En kvalitativ arbetets trovärdighet bör granskas utifrån ”credibility”, ”dependability” och ”transferability” (Graneheim & Lundman, 2004).

”Credibility” innebär giltighet, genom att välja respondenter med olika åldrar, erfarenheter samt arbetsplatser så ökade möjligheterna att få olika vinklingar i kommande arbetet. I vårt arbete använde författarna två olika avdelningar som har mycket kontakt med patienter med självskadande beteende. Spridningen i informanternas åldrar var 27-64 år vilket också ökade ”credibility”. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att välja en lämplig datainsamlingsmetod för att öka giltigheten d.v.s. ”credibility”. I vårt arbete ansågs intervju vara en lämplig datainsamlingsmetod, intervjuerna tog mellan 30-50 minuter att genomföra och genererade ett rikt material som anses öka giltigheten. I resultatet har författarna använt citat från intervjuerna för att ytterligare stärka ”credibility”.

”Dependability” innebär stabilitet av data. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan ”dependability” och ”credibility” ökas genom att diskutera sitt material med forskarkollegor. I föreliggande arbete har två handledare och fyra deltagare med erfarenhet av psykiatri varit behjälpliga med bedömning av vårt material. Handledarna och de övriga fyra deltagarna har läst en av våra intervjuer, följt den första analysprocessen och gett feedback. Övriga analyser har också skickats till medlemmarna i uppsatsgruppen för en diskussion och ytterligare feedback. Författarna har dessutom deltagit i analysseminarium där materialet i föreliggande arbete har diskuterats med övriga arbetsmedlemmar och handledarna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) minskas risken för förändringar i analysprocessen om man för en dialog med uppsatsgruppen under analysens gång och därmed minskar man risken att stabiliteten av data minskas d.v.s. ”dependability”. Då handledarna har varit delaktiga i analysprocessen har risken för olikheter minskats även där.

”Transferability” innebär i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra miljöer och grupper. Genom att beskriva urvalskriterierna, datainsamlingsmetoden och analysprocessen hoppas författarna att ”transferability” ska öka. Resultatet har presenterats i tre tydliga kategorier, olika koder samt citat med förhoppningen att öka ”transferability” (Graneheim & Lundman, 2004).

Allmän diskussion

Man kan inte säga med säkerhet att självskadebeteende ökar då det behövs mer forskning och den befintliga forskningen är missvisande då den är gjord på inneliggande patienter. De flesta

patienter med självskadande beteende vårdas i öppenvården där även vårt arbete är gjort. Däremot framkommer det alarmerande siffror från skolsjuksköterskorna, de ser mer av självskadande beteende än för några år sedan. I föreliggande arbete har författarna påvisat att patienter med självskadande beteende väcker otroligt mycket och ffa. negativa emotioner.

Enligt Travelbee's, (2001) omvårdnadsteori bör sjuksköterskan sträva efter att etablera en människa till människa relation till patienten. Men för att genomföra detta krävs att sjuksköterskan kan se och dela patientens upplevelser och erfarenheter. I kommunikationen bör sjuksköterskan försöka uppnå detta förhållande. Sjuksköterskans sätt att kommunicera är det som avgör om förhållandet till patienten uppnås eller ej. En förutsättning för att förhållandet uppnås är att sjuksköterskan förmedlar intresse, omtanke och sympati. Travelbee beskriver vissa hinder som kan försvåra att kommunikationen fungerar tillfredställande. Framst handlar det om att sjuksköterskan inte ser patienten som en unik individ. Har man en förutfattad mening om att alla sjuka människor reagerar likadant kommer kommunikation och etablerandet av en omvårdnadsrelation inte att fungera (Kirkevold, 2002).

Arbetets betydelse för den psykiatriska vården

I resultatet har författarna kommit fram till att en attityd förändring och mer kunskap behövs. För att kunna förändra attityderna måste man först bli medveten om hur det ser ut på arbetsplatserna idag. Omvårdnadspersonalen påpekar också ett behov av kunskapsutveckling och känner att kunskapsbristen hindrar de från att utföra sitt jobb optimalt. Vårt arbete är en led i att göra arbetsplatserna medvetna. Genom att presentera vårt resultat skulle vi kunna så ett frö för framtida förändring.

Om negativa attityder hos personal kan identifieras och ändras skulle vårdkvalitén höjas för många självskadepatienter (Patterson, P., Whittington, R., Bogg, J., 2007).

Det behövs mer forskning kring omvårdnadspersonalens upplevelse av att vårda patienter med självskadande beteende samt att bli medvetna om sina attityder då det är nyckeln till förändring. Ett framtida arbete som undersöker patienternas upplevelse av vården och omvårdnadspersonalens attityder skulle vara av värde.

Referenser

- Anderson, M., Standen, P., & Noon, J. (2003). Nurse's and Doctor's perceptions of young people who engage in suicidal behavior: a contemporary grounded theory analysis. *International Journal of Nursing arbetes*: vol. 40: 587-597.
- Balch, H. (2006). Selvskadende adfær er selvbevarande adfær. *Sygeplejersken*: vol. 20: 44-47.
- Clarke, L. & Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*: vol.7 (2): 129-137.
- Crafoord, C. (1987). *Den möjliga och omöjliga psykiatrin*. Borås: Natur och kultur.
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K. & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of adolescence*: vol. 26: 619-629.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Duperouzel, H. & Fish, R. (2007). Why couldn't I stop her? Self injury: the views of staff and clients in a medium secure unit. *British Journal of Learning Disabilities*: vol. 36: 59-65.
- Eriksson, K. (1992). *Broar*. Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för Vårdvetenskap.
- Favazza, A.R. & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta psychiatrica Scandinavica*: vol. 79, pp. 283-289.
- Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous & Mental Disease*: vol. 186 (5): 259-268.
- Fish, R.M. (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service Experiences of direct care staff. *Journal of Learning Disability*: vol. 4 (3): 193- 207.

Friedman, T., Newton, C., Coogan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M., & Mitchell, A.J. (2006). Predictors of A & E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*: vol. 60: 273-277.

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

Harris, J. (2000). Self-Harm: *Cutting the Bad out of Me*. *QUALITATIVE HEALTH RESEARCH*: vol. 10 (2): 164-173.

Hawton, K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*: vol. 325: 1207-1211.

Hopkins, C. (2002). But what about the really ill, poorly people? (An ethnographic study into what it means to nurse on medical admission unit to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*: vol. 9: 147-154.

HSL 1982:763. Elektronisk. Tillgänglig: < <https://lagen.nu> > (2009-04-15)

HSL 1992: § 2. Elektronisk. Tillgänglig: < <https://lagen.nu> > (2009-04-15)

Kirkevold, M. (2002). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: studentlitteratur.

Krieger, M.J., McAninch, J.W. & Weimer S.R. (1982). Self-performed bilateral orchiectomy in transsexuals. *Journal of Clinical Psychiatry*: vol. 43 (7): 292-293.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forsknings intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmal, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*: vol. 364: 453-461.

- Martin T. & Gattaz W.F. (1991). Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*: vol. 24(3): 170-178.
- McAllister, M. (2001). In harm's way: A postmodern narrative enquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*: vol. 8: 391-397.
- McAllister, C., Creedy, D., Moley, W. & Farrugia, C. (2002). Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm. *International Journal of Nursing Practice*: vol. 8: 184-190.
- McAlliester, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*: vol. 40 (5): 578-586.
- McAllister, M. och Zimmer- Gembeck, M. (2008). Working effectively with clients who self-injure using solution focused approach. *International Emergency Nursing*: vol. 16: 272-279.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2005). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*: vol. 16: 1704-1711.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Hurvey, I. (2006). Accident and emergency nurses attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*: vol. 14: 4-10.
- Nakaya, M. (1996). On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*: vol. 29 (4): 242-248
- Norberg, A., Engström, B., & Nilsson, L. (1995). *God omvårdnad - Grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Näslund G., K. (1998). *Borderline personlighetsstörning. Uppkomst, symtom, behandling och prognos*. Borås: Natur & Kultur.

O'Donovan, A. (2007). Patient- centred care in a acute psychiatric admission units: relity or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*: vol. 14: 542-548.

O'Donovan, A., & Gijbels, H. (2006). Understanding Psychiatric Nursing Care With Nonsuicidal Self-Harming Patients in Acute Psychiatric Admission Units: *The Views of Psychiatric Nurses*. *Journal of psychiatric Nursing*: vol. 20 (4): 186-192

Ottoson, J.O. (2003). *Psyk*. Falköping: Erlanders Gummesson

Palmer, L., Blackwell, H. & Hinchcliffe, G. (2008). Helping people who self-harm. *Emergency nurse*: vol. 16 (3): 14-17.

Patterson, P., Whittington, R., Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*: vol. 14 (5): 438-445.

Polit D.F., & Hungler B.P. (2001). *Nursing Research, Methods, Appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G-D., Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*: vol.12 (4): 169-78.

Rayner, G.C., Allen, S.L. & Johnson, M. (2004). Countertransference and self- injury: a cognitive behavioural cycle. *Journal of Advanced Nursing*: vol. 50 (1): 12-19.

Reece, J. (2005). The language of cutting: initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*: vol. 26: 561-574.

Rothenberger, A. (1993). Psychopharmacological treatment of self-injurious behavior in individuals with autism. *Acta Paedopsychiatry*: vol. 56 (2): 99-104.

- Sharkey, V. (2003). Self-Wounding: a literature review. *Mental health practice* vol. 6 (7).
- Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural Western Australia: a qualitative study. *Australian Journal. Rural Health:* vol. 10: 233-238
- Socialstyrelsen (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Socialstyrelsen: Stockholm.
- Stain, R. (2008). *Självskadebeteende- forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga.* Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Sundin-Korsar, K. (1996). *Borderlinepersonligheter - förhållningssätt i arbetet.* Stockholm: Förlaget Hagman.
- Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Brommatryck & Brolins AB
- Thompson, J.N. & Abraham T.K. (1983). Male genital self-mutilation after paternal death. *British Medical Journal:* vol. 287 (10): 727-728.
- Travelbee J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wilhelm, K., Schneiden, B. & Kotze, B. (2000). Selecting your options: a pilot study of short interventions with patients who deliberately self-harm. *Australian Psychiatry:* vol. 8, pp. 349-354.
- 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.

Frågeguide:

Bakgrundsfråga:

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?

Frågeställningar för studien:

Vi skulle vilja höra dig berätta om dina erfarenheter med självskadande patienter.

Om det är möjligt skulle vi vilja veta vad den patientkategorin väcker hos dig?

Hur upplever du vården av en självskadande patient?

Kan du beskriva en specifik situation?

Vad hände...?	Hur upplevde du den här patienten?	Hur kände du?	Hur upplevde Du vården av en självskadande patient?
---------------	------------------------------------	---------------	---

Vi har inga fler frågor. **Har Du något mer att berätta som berör detta område som du vill ta upp eller fråga om innan vi avslutar?**

Öppna följdfrågor som kan ställas för att få ett mer kompletterande svar:

- Kan du förklara närmare?
- Vad kände du då?
- Hur upplevde du situationen?
- Vad hände?
- Vad fick dig att agera så?

Får vi återkomma till dig vid behov av komplettering av intervjun?



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Till verksamhetschef

för psykiatriska slutenvården.

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

Vi är två sjuksköterskor som parallellt med vårt kliniska arbete på sjukhuset läser vidareutbildningen inom psykiatri. Under vårterminen 2009 ska vi göra en studie om omvårdnadspersonalens upplevelse av vården av patienter med självskadande beteenden. Undertecknade vill ta reda på omvårdnadspersonalens erfarenheter och upplevelser kring självskadande patienter. Vi skulle gärna vilja ställa några frågor som skulle underlätta vår studie. Intervjun bandas och beräknas att ta ca 45 minuter. All material kommer att avidentifieras och förvaras i ett brandsäkert kassaskåp och så småningom förstöras.

Frågeställning

Hur upplever du en självskadande patient?

Hur upplever du vården av en självskadande patient?

Syfte

Syftet med studien är att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse av vården av självskadande patienter.

Metod

Vi har valt den kvalitativa intervjun för att samla in data. Kvalitativ intervju är en metod för att utröna, upptäcka, förstå och lista ut egenskapen hos någon.

Uppsattsskrivarna ska genomföra bandade intervjuer som kommer att koda och bli anonyma. Materialet ska analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på mänsklig kommunikation och är lämplig för forskning inom vårdpersonalens arbetsområden. Metoden kan bidra med intressant och teoretisk information.

Urval

Vi har tänkt intervjua fem skötare och fem psykiatri/sjusköterskor.

Vi ser helst att vårdpersonalen har minst ett års arbetserfarenhet med självskadandepatienter.

Etiska aspekter

Alla band kommer att behandlas med högst sekretess, ingen enskild individs svar kommer att kunna spåras. All material kommer att oidentifieras och förvaras i ett brandsäkert kassaskåp och så småningom förstöras.

Forskarens etiska förhållningssätt uppmanar till skyldighet att inte låta egna värderingar och erfarenheter påverka resultatet. Källorna som kommer att användas i studien redovisas på ett korrekt och fullständigt sätt.

Studerandes namn

Victoria Eriksson & Dijana Jović

Handledares namn

Birgitta Blomberg & Gerth Hedhov

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Till verksamhetschef

Akutmottagningen, Centralsjukhuset

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

Vi är två sjuksköterskor som parallellt med vårt kliniska arbete på sjukhuset läser vidareutbildningen inom psykiatri. Under vårterminen 2009 ska vi göra en studie om omvårdnadspersonalens upplevelse av vården av patienter med självskadande beteenden. Undertecknade vill ta reda på omvårdnadspersonalens erfarenheter och upplevelser kring självskadande patienter. Vi skulle gärna vilja ställa några frågor som skulle underlätta vår studie. Intervjun bandas och beräknas att ta ca 45 minuter. All material kommer att avidentifieras och förvaras i ett brandsäkert kassaskåp och så småningom förstöras.

Frågeställning

Hur upplever du en självskadande patient?

Hur upplever du vården av en självskadande patient?

Syfte

Syftet med studien är att belysa omvårdnadspersonalens upplevelse av vården av självskadande patienter.

Metod

Vi har valt den kvalitativa intervjun för att samla in data. Kvalitativ intervju är en metod för att utröna, upptäcka, förstå och lista ut egenskapen hos någon.

Uppsatsskrivarna ska genomföra bandade intervjuer som kommer att koda och bli anonyma. Materialet ska analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på mänsklig kommunikation och är lämplig för forskning inom vårdpersonalens arbetsområden. Metoden kan bidra med intressant och teoretiskt information.

Urval

Vi har tänkt intervju fem skötare och fem psykiatri/sjusköterskor.

Vi ser helst att vårdpersonalen har minst ett års arbetserfarenhet med självskadandepatienter.

Etiska aspekter

Alla band kommer att behandlas med högst sekretess, ingen enskild individs svar kommer att kunna spåras. All material kommer att avidentifieras och förvaras i ett brandsäkert kassaskåp och så småningom förstöras.

Forskarens etiska förhållningssätt uppmanar till skyldighet att inte låta egna värderingar och erfarenheter påverka resultatet. Källorna som kommer att användas i studien redovisas på ett korrekt och fullständigt sätt.

Studerandes namn

Handledares namn

Victoria Eriksson & Dijana Jović

Birgitta Blomberg & Gerth Hedhov

Tillstånd erhålles Ja Nej

Ort och datum

Verksamhetschef