



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

JAG ÖNSKAR ATT NÅGON SÅG MIG I ÖGONEN OCH SÅG HELA MIG

Hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården.

SARA EKLUND LUNGGREN

Akademien för hälsa, vård och välfärd
[Vårdvetenskap]
[Avancerad]
[15 hp]
[Specialistsjuksköterskeutbildning inom
psykiatrisk vård]
[VAE153]

Handledare: [Lena Wiklund Gustin]

Examinator: [Oona Lassenius]

Datum: 2017-05-09

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Självskadebeteende har sedan i början av 2000-talet blivit mer och mer uppmärksammat som fenomen, och inom psykiatrisk vård beskrivs mötet mellan vårdare och patienter som utmanande. Men hur är detta möte för dessa individer inom den somatiska akutvården, där de ibland behöver söka vård för sina skador? Som teoretisk referensram användes Katie Erikssons teori om vårdlidande. **Syfte:** Hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården. **Metod:** Data insamlades genom mailkommunikation med sju forskningspersoner av kvinnligt biologiskt kön, i åldrarna 20-30 år, från olika delar av Sverige och analyserade genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Det bemötande som forskningspersonerna beskriver har kännetecknats av erfarenheter av att känna sig dömda, kränkt och mindre värd. Detta bemötande har bidragit till att personernas negativa självbild har bekräftats, men även att personer har undvikit vården fastän de behövt hjälp, just på grund utav bemötandet. Det fanns även vårdtillfällen då de fått ett gott bemötande, där personerna känt sig sedda och accepterade som de är vilket betydde mycket. **Slutsats:** Det bemötande som forskningspersonerna berättar om som en vanlig erfarenhet upplever de som kränkande. Mer kunskap på detta område behövs för att göra vården jämlik för alla.

Nyckelord: akutsomatisk vård, bemötande, kränkning, kvalitativ innehållsanalys, självskadebeteende

ABSTRACT

Background: Self-harm has since the early 2000s become increasingly known as a phenomenon, and in psychiatric care nurse-patient interactions has been described as challenging. But how are patients experiencing the encounter in acute somatic care, where they sometimes need to go for getting help with their injuries? As a theoretical reference frame was Katie Eriksson theory of caring used. **Aim:** How patients with self-harm experience treatment from health professionals when seeking help for their injuries in the acute somatic care. **Method:** Data was gathered by mail communication with seven people of the female biological sex, aged 20-30, from different parts of Sweden and analyzed by means of a qualitative content analysis. **Results:** The treatment that the persons have experienced has been characterized by experiences of feeling condemned violated and less worthy. This attitude has led to people's negative self-image has been confirmed, but also that people have avoided treatment although they needed help, just because out of the treatment. However, there were times when they received good treatment, and where the persons experienced that they were recognized and accepted as they were, which meant a lot. **Conclusion:** The treatment that participants described as a common experience on acute somatic wards is perceived as an insult. More knowledge in this area is needed to make health care equitable for all.

Keywords: Emergency care, self-injurious behavior, qualitative content analysis, treatment, violation

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Tidigare forskning.....	2
2.1.1	<i>Att bli illa bemött.....</i>	<i>2</i>
2.1.2	<i>Kunskap och erfarenhet hos vårdpersonal.....</i>	<i>2</i>
2.1.2	<i>Frustration och maktlöshet.....</i>	<i>3</i>
2.1.3	<i>Förhållningssätt bland vårdpersonal.....</i>	<i>3</i>
2.2	Teoretisk referensram	4
2.3	Problemformulering.....	5
3	SYFTE.....	5
4	METOD	5
4.1	Design	6
4.2	Urval	6
4.3	Datainsamling.....	7
4.4	Analysmetod.....	7
4.5	Etiska övervägande	10
5	RESLUTAT.....	11
5.1	Att mötas av okunnighet.....	12
5.2	Att känna sig utsatt.....	12
5.3	Att inte bli sedd som patient.....	14
5.4	Att få sin värdighet bekräftad	15
5.5	Tema- Att vilja känna värdighet	16
6	DISKUSSION.....	17
6.1	Metoddiskussion.....	17
6.2	Resultatdiskussion	20
6.2.1	<i>Kränkning av patientens värdighet</i>	<i>20</i>

6.2.2	<i>Fördömelse och straff</i>	21
6.2.3	<i>Maktutövning</i>	21
6.2.4	<i>Utebliven vård</i>	22
6.2.5	<i>En god vårdkultur</i>	22
6.3	Etikdiskussion	23
6.4	Kliniska implikationer	23
6.5	Resultatet i ett vidare sammanhang	23
6.6	Förslag på vidare forskning	24
7	SLUTSATS	24
	REFERENSLISTA	25

BILAGA A: MISSIVBREV

BILAGA B: INTERVJUGUIDE

1 INLEDNING

Jag har valt att skriva om hur patienter med självskadebeteende upplever bemötandet inom den somatiska vården, dels för att jag tycker det är intressant men även för att jag upptäckt att det inte finns så mycket skrivet om detta. Som psykiatrisköterska tror jag att det är viktigt att veta lite mer om hur personer med självskadebeteende har blivit bemötta inom vården, då detta kan ha färgat dem och därför kanske gjort dem mer skeptiska mot vården i stort. Viktigt är också att kunna stötta denna patientgrupp, och för att göra det på bästa sätt är det bra att veta bland annat hur patienter upplever bemötandet inom den somatiska vården eftersom det ofta funnits en kontakt där också.

Detta är även viktigt att lyfta med tanke på den stigmatisering det finns i samhället idag kring psykisk ohälsa. En personlig uppfattning är att personer som har ett självskadebeteende blir ännu mer utsatta i stigmatiseringen då de, utöver att må dåligt psykiskt, även skadar sig själva som ett resultat av måendet. Det finns nog överlag lite förståelse i allmänhet om varför personer aktivt skadar sig själva, och då är det extra viktigt för mig som psykiatrisköterska att få en förståelse för dessa personer med denna problematik för att kunna minska skammen kring det. Förhoppningsvis kan det i sin tur leda till en ökad förståelse och minskad skam för dem drabbade.

2 BAKGRUND

Självskadebeteende har blivit mer och mer uppmärksammat de senaste årtiondena. Johansson (2010) menar att självskadebeteendet som fenomen inom media uppstod kring år 2003. Trots att det först då blev ett medialt känt fenomen, så är självskadebeteende inget nytt fenomen (Informationsprojektet Kunskap om Självskadebeteende [IKSO]). Det finns i Bibeln beskrivet en man som var besatt av demoner och som skadade sin egen kropp med stenar. Likaså finns även i den grekiska mytologin berättat om en man som skar i sin egen kropp med kniv (IKSO). Även i svensk historia finns det beskrivet om en ung flicka som levde i slutet av 1700-talet som åt knappnålar och svalde porslinsbitar, bet sig i armarna och tog strypgrepp på sig själv (Socialstyrelsen, 2004).

En vanlig missuppfattning är att självskadebeteende är ett misslyckat suicidförsök, men enligt Socialstyrelsen (2004) används självskadebeteendet som ett sätt att snabbt lindra och ta kontroll över starka psykiska känslor. Inckle (2011) beskriver också detta, att självskadebeteende inte görs för att suicidera, utan mer som en överlevnadsstrategi när det antingen gör för psykiskt ont, eller när en kanske är helt känslomässigt stum och vill känna något. Johansson (2010) menar samma sak, att personer som självskadar gör det för att hjälpa

sig själva. Det hjälper skada sig själv fysiskt, att se blodet, för att lätta på den psykiska smärtan. Det kan verka paradoxalt för någon som inte har erfarenhet utav självskadebeteende, att en skadar sig för att bli av med smärtan. Men Johansson (2010) förklarar att vissa som självskadar gör det för att återfå kontrollen på något som de inte längre har, nämligen sina egna psykiska mående, och genom att skada sig själva så återfår de denna kontroll.

2.1 Tidigare forskning

Efter att ha granskat ett antal artiklar och sammanställt dessa har jag identifierat följande teman: att bli illa bemött, kunskap och erfarenhet hos vårdpersonal, frustration och maktlöshet samt förhållningssätt bland vårdpersonal. Dessvärre har det varit svårt att hitta vetenskapliga artiklar sedda utifrån ett patientperspektiv, så mestadels av artiklarna som använts i bakgrunden är utifrån vårdpersonals synsätt på hur det är att vårda patienter med självskadebeteende.

2.1.1 Att bli illa bemött

Att vara en patient med självskadeproblematik har visat sig vara påfrestande, vilket framkommer i Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson (2004) artikel om svenska kvinnor som har ett självskadebeteende. Något som är återkommande i den är vikten av att bli sedd som en person, och inte sin problematik. En sådan enkel sak som att tilltala någon vid namn kan betyda otroligt mycket, och att vårdpersonal har tid att stanna upp en stund och förklara vad som var på gång lika så. Harris (2000) samt Owens, Sharkey, Smithson, Hewis, Emmens, Ford och Jones (2012) berättar om att många patienter som inkommer till en akutmottagning för sina skador upplevde sig vara i vägen. De upplevde personalen som dömande och oförstående. Detta resulterade i att patienter som skulle behövt uppsöka sjukvård på grund utav sina skador inte gjorde detta, utan försökte på bästa sätt att ta hand om såren hemma; de tyckte inte att det var lönt att söka akutvård när de visste vilket bemötande som väntade (Harris, 2000; Owens ml.fl, 2012).

En patient beskriver det som att hon, genom att självskada redan när hon gick i lågstadiet, blev sedd och fick den uppmärksamhet, värme och kärlek hon aldrig fått innan men så länge önskat sig (Harris, 2000). Patienterna förklarar också att det är skillnad på att försöka suicidera och att självskada, de självskadar för att kunna hantera situationen och överleva. En stark önskan fanns också om att vårdpersonal skulle ha viljan till att faktiskt lära sig mer om självskadebeteende för att på så sätt kunna ge ett bättre bemötande så att även denna patientgrupp skulle få känna att de hade rätt till vård. (Harris, 2000).

2.1.2 Kunskap och erfarenhet hos vårdpersonal

Något som framkommit i artiklarna är vikten av arbetslivserfarenhet och utbildning inom vård av patienter med självskadebeteende. Att vårdpersonal som inte är precis nya på arbetsplatsen

men inte heller har jobbat där under hela sin yrkesverksamma tid har bäst förståelse för denna patientgrupp är något som förtydligas i flera studier (McCarthy & Gijbels,2010; McCann, Clark, McConnachie & Harvey,2006; McAllister, Moyle, Billett & Zimmer-Gembeck,2009; Karman, Kool, Poslawsky & Van Meijel,2015). I Hopkins (2002) artikel berättar hon dock att sjuksköterskor som var nya på akuten kände medlidande, men att detta med tiden försvann. Personlig erfarenhet av självskadebeteende, antingen det gäller sig själv eller personer i ens närhet, gav också uppkomst till en mer positiv och accepterande vård (Hadfield, Brown Pembroke & Hayward, 2009). Något som också blev tydligt var att ju mer utbildning vårdpersonalen hade, både grundutbildning och interna utbildningar gällande självskadeproblematik, desto mer förståelse visade de för patienterna (McCarthy & Gijbels, 2010; McCann m.fl, 2006; Karman m.fl, 2015). McHale och Felton (2010) visar att innan personalen fått utbildning i hur och varför personer självskadar var fördomarna stora, och i McAllster m.fl. (2009) artikel påvisades det att interna utbildningar ledde till minskade fördomar, större acceptans och förståelse inom personalgruppen. Karman m.fl. (2015), Hopkins (2002) samt McHale och Felton (2011) beskriver att flera i personalen på akutvårdsavdelningar känner att de har alldeles för lite kompetens för att kunna ge rätt bemötande gentemot denna patientgrupp.

2.1.2 Frustration och maktlöshet

Personalen inom den somatiska vården kände frustration då de inte tyckte sig ha tillräcklig kunskap för att ta hand om patienter med denna problematik på ett korrekt sätt. De kände sig också obekväma med patientklientelet då de inte var vana att handskas med dessa (McAllister m.fl, 2009; Karman m.fl, 2015; McHale & Felton, 2010). Personalen ansåg att deras huvudområde var det medicinska och att de varken kunde eller hade tid med terapisaamtal med patienterna (McHale & Felton, 2010). Det fanns även en frustration hos vårdpersonalen då de inte kände att de fick den hjälp de önskade från psykiatrin (Hadfielt m.fl, 2009). De ville ha vägledning men kände inte att de fick det. Läkare uppgav också i intervjun att de hade väldigt lite tålamod gentemot patienter som de uppfattade skadade sig för att manipulera andra. Vissa läkare valde aktivt bort dessa patienter då de inte ville träffa dem (Hadfield m.fl, 2009). Hopkins (2002) beskriver också att vårdpersonal med tiden blev mer cyniska gentemot denna patientgrupp, personalen upplevde en frustration och såg patienternas självskadebeteende som något provokativt.

2.1.3 Förhållningssätt bland vårdpersonal

Det fanns vårdpersonal som hade olika förhållningssätt och inställningar gentemot patienterna. I Lindgren, Öster, Åström och Graneheims (2011) artikel beskriver de fyra olika förhållningssätt som personalen samt patienterna använde sig av, mer eller mindre medvetet. I det fostrande förhållningssättet var det vårdpersonalen som hade mest kunskap, och visste vad som var rätt och fel, acceptabelt eller oacceptabelt. I ett annat förhållningssätt vad personalen mer stödjande, visade tydligt att de fanns där för patienten och försökte bilda en allians med dem. Patienterna kunde också gå in i en offerroll då de var inlåsta på en avdelning. De fick inte ha egna tändare, fick inte gå ut som de ville och försökte hela tiden anpassa sig till vad vårdpersonalen ville och tyckte. Det sista förhållningssättet som Lindgren m.fl (2011) tar

upp är expertis. Oenigheten som fanns mellan vårdpersonal och patienter om vissa saker, exempelvis om självskada var ett acceptabelt sätt att agera för att minska sitt psykiska lidande. Vårdpersonalen tyckte att detta var ett högst oacceptabelt agerande, medan patienterna som utnämnde sig till experter inom detta område, tyckte att det var det då deras självskadande inte var ett försök att ta livet av sig utan tvärtom, ett försök till att fortsätta leva (Lindgren m.fl, 2011).

2.2 Teoretisk referensram

I den aktuella uppsatsen har Katie Erikssons omvårdnadsteori valt att användas. Detta motiveras av att det i tidigare forskning framkommit att bemötandet gentemot personer som självskadar och söker akutsomatisk vård har orsakat ett lidande för patienten.

Teorin fokuserar bland annat på vårdarens ansvar att lindra lidande, och Eriksson (1994) beskriver lidandet som något ont som händer människan. Lidandet är i sig inte något gott, men ett visst mått av lidande är oundvikligt, och kan vara nödvändigt för att kunna hitta kraft till livet (Eriksson, 1993).

Att känna lidande är ovärdigt människan och tär därför på denne (Eriksson, 1993). Lidande hör ihop med att känna sig kränkt, och en kränkt person vill gärna hålla tyst om vad som tynger hen. När en människa lider kan hen inte vara en person fullt ut, då lidandet gör det svårt att tillgodose de mest grundläggande behoven som finns. För att sjukvårdspersonal ska kunna hjälpa en person som lider behövs det att vårdpersonalen är lyhörd inför patienten, och bekräftar denne som en medmänniska med en värdighet. För att försöka undvika lidandet kan människan ta till olika flyktvägar, som antingen innebär att hen försöker förneka lidandet, fly från lidandet eller ta bort det som orsakar lidandet (Eriksson, 1993).

Enligt Eriksson (1993) finns det tre olika sorters lidande: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Det som är aktuellt för just denna uppsats är vårdlidande. Ett vårdlidande innebär ett lidande som upplevs i relation till den vårdsituationen en är i. Det som kan orsaka ett vårdlidande kan vara att patienten får ett kränkande bemötande där hens värdighet skadas, att vården uteblir eller att vårdpersonalen använder sig av maktmissbruk och straff gentemot patienten. Vårdlidandet är ett onödigt lidande som bör undvikas i varje enskild vårdsituation. Således blir patienten påverkad på många plan i ett vårdlidande. Eriksson (1994) beskriver på närmare sätt hur patienten blir påverkad i ett vårdlidande. Det vanligaste vårdlidandet är när patientens värdighet blir kränkt, och genom att kränka en person så fråntas denna att helt och fullt ut vara människa. Kränkande behandling kan ske på olika sätt, bland annat genom att inte se människan, strunta i eller förminska henne. Eriksson (1994) fortsätter att förklara om fördömelse och straff inom vården. Vården kan ibland ha uppfattningen om att det är vårdarens uppgift att redogöra för vad som är rätt och fel gentemot patienten, utan att patienten har något att säga till om. Att straffa patienten kan vara att ignorera henoms behov som levande varelse. När det kommer till maktutövning är det ett sätt att frånta patientens egen rätt till frihet. Patienter kan tvingas att göra saker som hen inte skulle välja att göra i vanliga fall, eller tvingas att göra saker som hen till exempel egentligen inte orkar. Genom att utöva makt över någon annan orsakas denne lidande (Eriksson, 1994).

2.3 Problemformulering

Sett utifrån den tidigare forskningen som finns visar det på att patienter som har ett självskadebeteende också bär på ett lidande vilket gör att de skadar sig själva för att kunna hantera sitt mående. Samtidigt visar forskningen också på att personalen inom den somatiska vården har lite förståelse för detta beteende och varken vet hur de ska bemöta eller hantera det. Tidigare forskning visar att vårdpersonal kan känna sig osäkra och/eller undvika dessa patienter. Det finns forskning ur ett patientperspektiv, men den är begränsad, som visar på en önskan om att bli behandlade på ett bra sätt, vilket ger anledning att ställa sig frågor som:

- Hur upplever patienter med självskadebeteendet bemötandet inom den somatiska vården?
- Hur får bemötandet patienterna att känna?
- Skulle de vilja bli bemötta på ett annat sätt?

Detta är kunskap som är mycket viktigt att ha, både för att personalen som jobbar inom den akutsomatiska vården ska få en ökad förståelse, men också för att föra fram vad patienterna upplever som viktigt i ett bemötande och vad som eventuellt kan göras bättre. Allt detta kommer att leda till en bättre vård för patienterna. Detta är intressanta och viktiga frågor, och det är därför jag har valt att studera det valda ämnet.

Referensramen som har valt att användas är Katie Erikssons modell om vårdlidande. Denna kändes adekvat att använda då det framkom i intervjuerna att många kände ett stort vårdlidande när de uppsökte vård på akutmottagningar. Referensramen kan således användas för att förtydliga hur dessa personer känner och hur det påverkar dem som människor, men även vad som behövs för att undvika ett vårdlidande.

3 SYFTE

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården.

4 METOD

I metodavsnittet kommer designen och urvalet att beskrivas. Därefter kommer även datainsamlingen och analysmetoden att förklaras och till sist så finns även de etiska övervägandena beskrivna.

4.1 Design

I denna studie så har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts. Syftet med uppsatsen är att beskriva hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården. Polit och Beck (2008) beskriver den kvalitativa innehållsanalysen som ett sätt för författaren och forskningspersonerna att ha en dialog kring berättelsen, vilket ger möjlighet till en utökad förståelse av det som forskningspersonen talar om. Designen är utformad så att syftet är att hitta mönster i de olika berättelserna (Polit & Beck, 2008).

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) används kvalitativa innehållsanalys för att tolka texter där ligger fokus på att sanningen ligger i personens betraktelse, och där skillnader och likheter beskrivs utifrån texten. Detta till skillnad från en kvantitativ analys där fokus ligger på att komma nära en objektiv sanning. Den ansats som valts att användas här är en induktiv ansats. Det innebär att utgångspunkten tas i forskningspersonernas berättelser om sina erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

4.2 Urval

För att rekrytera forskningspersoner till denna uppsats har sociala medier så som instagram, twitter och facebook använts, vilka alla är tre olika sociala plattformar på internet. Detta val gjordes då det inte varit möjligt att intervjua patienter via den tilltänkta öppenvårdsmottagningen, och idén om sociala medier som ett sätt att inhämta information på uppkom. Till en början uppmanades forskningspersoner som hade den typ av erfarenheter som kunde svara på syftet att själva ta kontakt med författaren om de ville delta. Då svarsantalet var lågt till en början så kontaktade även författaren i viss mån själv personer som var öppna med sitt självskadebeteende på sociala medier och tillfrågade om intresse fanns att delta. Efter att ha läst missivbrevet så var det sju stycken forskningspersoner som gav sitt godkännande och valde att delta.

Då den aktuella kontakten med intervjudeltagarna har skett via mail är det viktigt att ta med i beaktande att inte alla personer har tillgång till internet, och att det således finns personer som inte har gått att nå på detta sätt, vilket blir negativt (Neville, Adams & Cook, 2016). Något positivt är däremot att geografin inte har spelat någon roll, utan forskningspersonerna kan befinna sig var som helst så länge de har tillgång till internet, vilket bidrog till att en mer utspridd bild har getts av det som efterfrågats i studien än om alla forskningspersoner skulle vara bosatta i samma stad (Neville m.fl., 2016). Forskningspersonerna som deltog i studien har alla varit bosatta i Sverige. Det fanns ingen åldersexkludering, men alla som deltog i studien var över 18 år, men en del beskrev upplevelser som hänt när de var minderåriga. Alla var av kvinnligt biologiskt kön, oklart om de identifierade sig som annat kön då detta inte efterfrågades. Därför kommer dem eventuella pronomen som används i resultatet vara hen.

De forskningspersoner som har deltagit i denna studie har ett självskadebeteende. De inklusionskriterier som fanns var att forskningspersonerna någon gång skulle ha behövt uppsöka vård för sina skador och på detta sätt kommit i kontakt med den somatiska

akutvården. Därför var också exklusionskriterierna att de som inte hade behövt uppsöka vård för sina skador inte kunde delta i denna studie. I de fall som författaren själv tog kontakt med eventuella forskningspersoner exkluderades dock personer som författaren ansåg hade ett för allvarligt och pågående självskadebettende.

4.3 Datainsamling

Data samlades in via mail där forskningspersonerna ombads att beskriva en eller flera situationer av hur de erfar ha blivit bemötta när de behövt söka akutsomatisk vård. En kvalitativ metod användes för att insamla data då det enligt Harris (2000) är den bästa lämpade metod att använda om exempelvis en erfarenhet ska beskrivas. De frågor som ställdes till deltagarna var, bortsett från en, öppna frågor. Denna typ av frågor valdes så att forskningsdeltagarna inte skulle ha några begränsningar till vad de svarade. I det första mailat löd frågan ”Skulle du vilja berätta om ett eller flera tillfällen då du behövt söka vård för dina skador. Hur har du upplevt bemötandet du fått då?”. När forskningspersonerna svarat på frågan skickades ytterligare ett mail där personerna ombads att ”beskriva hur bemötande fick dig att känna” samt ”skulle du önskat att bemötande varit på ett annat sätt?”. Även dessa frågor var öppna så att forskningspersonen skulle kunna berätta fritt. Mailen sparades sedan ner till författarens privata dator och sammanställdes senare där varje svar färgkodades för att kunna skilja dessa åt. Samtliga deltagare svarade på frågorna, och flera gav exempel på både bra och sämre situationer de varit med om.

Neville m.fl. (2016) påpekar att ha en intervjukontakt via mail med forskningspersonerna inte är en genväg för att lättare få tag på fakta. Författaren måste noga överväga sina ord och ge så bra och konstruktiva förklaringar som möjligt i mailen då detta är enda sättet att kommunicera genom. Således kan varken kroppsspråk eller röstläge läsas av vilket kan försvåra uppfattningen av, i detta fall, erfarenheten. Fortsatt viktigt är det också att författaren är påläst om ämnet som undersöks, och att rätta etiska och kulturella uttryck används (Neville m.fl., 2016). Om detta efterföljs på ett korrekt sätt så är metoden att använda sociala medier för att inhämta fakta ett starkt redskap (Henderson & Dahnke 2015). Det har efterföljts i studien genom att författaren har varit påläst kring självskadeproblematik redan innan kontakt med forskningspersonerna togs, och att frågorna som ställts till forskningsdeltagarna har varit neutrala och enkelt förklarade för att undvika tolkningsfel eller missförstånd. Efter att ha läst Neville m.fl (2016) artikel fanns även fakta kring hur intervjuer på bästa sätt sker på via mail.

4.4 Analysmetod

Efter att mailen sparats ner och färgkodats sammanfogades alla mail i ett dokument. En analysmatris skapades innehållande sex kolumner med namnen ”meningsenhet”, ”kondenserad meningsenhet”, ”kod”, ”subkategori”, ”kategori” och ”tema”. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) förklarar begreppen ovan på följande sätt: meningsenheten innebär en del av texten, det kan vara antingen ord, meningar eller ett textstycke, som kommer att utgöra grunden för analysen. Dessa meningsenheter ska svara på uppsatsen syfte. Den

kondenserade meningsenheten avser att göra meningsenheten kortare genom att ta bort överflödiga ord och eventuellt meningar, med fokus på att behålla det centrala innehållet i meningsenheten. När en meningsenhet ska kodas innebär det att sammanställa den kondenserade meningsenheten och sätta en beteckning på den. Detta för att det ska bli enklare att sammanställa koderna till kategorier och teman. Subkategorier görs genom att samla ihop koder med liknande innehåll för att sedan kunna visa på olika nyanser inom en viss kategori. En kod som finns i en kategori ska inte kunna falla in under mer än just den kategorin, och ingen kod får falla mellan olika kategorier. Således får ingen text försummas för att det inte finns en kategori som passar in för just den aktuella koden. I det sista steget i den kvalitativa innehållsanalysen finns tema. Temat samlar ihop kategorier som har liknande eller underliggande innehåll. Temat ska vara den röda tråden som återkommer i de olika kategorierna (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Inför det första steget ”meningsenhet” lästes varje mail igenom för sig för att hitta meningar som svarade på syftet. Dessa meningar skrevs in i kolumnen. När alla mail var igenomlästa lästes de igenom en gång till för att eventuellt hitta ytterligare meningar som svarade på syftet. Då det ansågs att alla meningsenheter var hittade gick analysen vidare till steg nummer två, ”kondenserad meningsenhet”. Meningsenheten som är direktkopierad från texten ska betas ner, det vill säga ta bort överflödiga ord och komprimera meningen för att lättare få fram vad syftet är. I steg nummer tre kodas de kondenserade meningsenheterna. Genom att sätta en kod på varje kondenserad meningsenhet kan text med samma eller liknande innehåll paras ihop. Detta gjordes genom att klippa ut varje kondenserad mening och lägga ut på ett bord. Därefter började letandet efter likheter och skillnader att ta fart. Det första som blev tydligt var att det fanns positiva eller negativa upplevelser, ingenting där emellan. Således delades först utklippen upp i två stora högar som gick under namnet ”negativa upplevelser” och ”positiva upplevelser”, vilka ses som det Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kallar för domäner. När dessa var klara gick alla urklipp i den positiva domänen igenom för att se om det fanns något som kunde sammanbinda dem. De positiva erfarenheterna kom att bli kategorin ”Att få sin värdighet bekräftad”, se tabellen nedan.

Tabell 1. Analysmatris, Att få sin värdighet bekräftad

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Men ett bra bemötande kan ju vara att sjukvårdspersonalen sätter sig intill, tittar på en och bekräftar en. Berättar att den ser vilka skador som jag tillfogat mig själv och att de nu ska ta hand om de skadorna	Ett bra bemötande kan vara att personalen sätter sig intill en och bekräftar en, och berättar att jag ska få hjälp med skadorna	Att få bekräftelse	Att bli sedd som person	Att få sin värdighet bekräftad
Jag vill bli stöttad och inte kränkt när jag redan mår dåligt. Och det hade lett till färre	Jag vill bli stöttad och inte kränkt när jag mår dåligt, det	Att få behoven tillgodosedda	Att få stöd	

skador i framtiden om man bara fått lite omtanke	hade hjälp inför framtiden			
även de kirurger jag mött som har fått sätta stygn i mina armar har betett sig professionellt och medmänskligt	Kirurgerna har betett sig professionellt och medmänskligt.	Att få rätt hjälp	Professionellt bemötande	

De negativa upplevelserna av bemötandena sorterades ut på bordet för att koppla ihop dem. Det resulterade i tre kategorier vilka var "Att mötas med okunnighet", "Att känns sig utsatt" samt "Att inte bli sedd som patient". Temat blev "att vilja känna värdighet". Nedan ses en analysmatris på en kategori i den negativa domänen.

Tabell 2. Analysmatris, Att känna sig utsatt

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
En pojkväs mamma (akutsjuksköterska) sydde en gång ihop mig vid sitt köksbord, och förklarade för mig att såna som mig ville de inte veta av på sjukhuset, jag tog bara plats från de verkligt sjuka, och efter det bestämde jag mig för att jag skulle klara mig själv.	En pojkväs mamma som var sköterska sydde mig hemma, och förklarade att de inte ville veta av såna som mig på sjukhuset för vi tog bara plats från de verkligt sjuka	Att inte vara lika mycket värd som andra patienter	Att tillhöra en mindre värd patientgrupp	Att känns sig utsatt
Jag känner mig ofta väldigt kränkt. Och omyndigförklarad. Är 26 år inte 6.	Jag känner mig kränkt och omyndigförklarad	Att känna sig kränkt	Att bli kränkt	
men värst är de läkare (av min erfarenhet ofta läkare i den äldre generationen) som istället för att behandla mig med ödmjukhet istället tilltalat mig nedvärderande	Värst är de läkare som tilltalar med nedvärderande	Att få ett olämpligt bemötande		
Under hela tiden som läkaren sitter o suturerar tittar han med jämna mellanrum på klockan o suckar	Läkaren suckar och tittar på klockan medan han syr			
Jag har ofta struntat i att söka vård just för att jag skäms så mycket, inte vill belasta sjukvården och även för att jag är så otroligt rädd för bemötandet.	Jag vill inte söka vård för att jag skäms, vill inte belasta vården och är rädd för bemötande	Att dra sig undan vården	Att vara rädd för bemötandet	

Den teoretiska referensram som först hade tänkt att användas fick bytas då den inte skulle vara relevant med dem kategorier som framkommit ur intervjumaterialet. Referensram som istället valdes att användas kan hjälpa till att lyfta fram och belysa de erfarenheter som finns, och dra slutsatser av dessa.

4.5 Etiska övervägande

Personer med självska debeteende ses som en sårbar grupp. Neville, Adams och Cook (2016) förklarar att sårbara grupper innehåller personer som bland annat har en annan sexuell läggning än heterosexualitet, äldre personer samt personer med psykisk ohälsa. De förklarar att dessa grupper ofta är stigmatiserade och att de döms utifrån vem de är, vad de är, vart de kommer ifrån och vart de bor. Därför är det viktigt att vara tydlig med den information som ges, och också reflektera över de speciella utmaningar som sårbarheten kan innebära.

Enligt Codex (2016) så krävs det att ett informerat samtycke från forskningspersonerna ska finnas och att forskningspersonerna när som helst kan hoppa av studien utan att förklara varför. Viktigt är också att informera om att deras personliga uppgifter kommer att behandlas med försiktighet och förvaras noga så att inga utomstående kommer i kontakt med dessa. I denna studie gjordes det genom att poängtera att allt som sägs kommer att behandlas konfidentiellt. I missivbrevet som intervjupersonerna erhöll stod detta förklarat, att allt kommer att aidentifieras och att alla uppgifter behandlas med största försiktighet fram tills detta genom att finnas i en låst mapp på författarens personliga dator. Codex (2016) tar även upp nyttjandekrav vilket innebär att forskningspersonernas uppgifter inte på något sätt får användas av allmänheten, och inte heller får forskningspersonernas tankar och erfarenheter drabba dem för att personliga beslut ska tas kring personerna.

I missivbrevet stod det också beskrivet att det eventuellt kunde vara jobbigt för forskningspersonerna att dela med sig av sina upplevelser, och därför fick forskningspersonerna information om att de bara behöver dela med sig av det de orkar, och att de när som helst kan välja att avsluta sin medverkan i studien utan att behöva ge en förklaring för det. På så sätt bedömdes risken för eventuella negativa mående minska i samband med studien. Den plan som fanns om någon av forskningsperson uttryckte försämrat psykiskt mående relaterat till att de berättat om sina upplevelser, så skulle författaren efterfrågat om det fanns någon som forskningspersonen kunde prata med, eller att hen kunde ta kontakt med sin psykiatriska akutmottagning om en samtalskontakt inte fanns. Ingen av forskningspersonerna uttryckte dock sådana känslor till författaren. Gällande nytta och risk är det viktigt att ha ovanstående i åtanke, att forskningspersonernas hälsa kan påverkas vilket såklart är en stor risk och något som vill undvikas. Nyttan utav resultatet som framkommer efter intervjuer med forskningspersonerna kan dock i längden eventuellt påverka hur vården ser på personer med självska debeteende och på så sätt ge dem ett bättre bemötande.

Att använda sociala medier som medel för att få tag på intervjupersoner kräver vissa etiska aspekter (Neville m.fl., 2016). Henderson och Dahnke (2015) beskriver sociala medier som

elektroniska verktyg som finns för att underlätta kommunikation mellan människor, men även ett sätt att finna stöd genom. Ännu en viktig aspekt att tänka igenom är att den professionella rollen lättare kan minska eller rent av glömmas bort av författaren när sociala medier används för kontakt med intervjupersonerna, och det är därför viktigt att reflektera över detta (Henderson & Dahnke, 2015). Det positiva är enligt Neville m.fl. (2016) att intervjupersonen har tid att tänka igenom sina svar och behöver på så sätt inte känna sig iakttagna eller stressade, men även att det är enklare för intervjupersonen att både avbryta sitt medverkande och att vara anonym (Neville m.fl., 2016). I denna aktuella studies fall så har detta hanterats genom att forskningspersonen inte har efterfrågats om personlig information så som kön, ålder, namn eller bostadsort. Forskningspersonerna har också haft god tid att fundera över sitt svar, men har efter ungefär en vecka fått ett påminnelsemail för att se om de fortfarande är intresserade av att delta.

5 RESULTAT

Analysen som beskrivits ovan har gjorts för att belysa hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården, och som referensram har Erikssons teori om vårdlidande använts. Detta då det framkommit tydligt i resultatet att denna patientgrupp upplever ett stort vårdlidande när de har kontakt med vården, och då är Erikssons teori om vårdlidande relevant att använda. Både för att förstå hur patienterna upplever det att ha ett vårdlidande, men även vad som kan hjälpa till att undvika detta.

De citat som finns med i resultatet är direktkopierade från forskningspersonernas svar, vilket innebär att det finns citat som kan börja med en lite bokstav eller ha citationstecken i sig då forskningspersonerna har valt att formulera sig just så.

I resultatet hittades i fyra kategorier som tillsammans formar ett tema, **att vilja känna värdighet**. Dessa kommer att beskrivas nedan. Allt som beskrivs i resultatet och eventuella citat är avidentifierade. För att göra resultatet tydligare har subkategorierna skrivits i fet kursiv text.

Tabell 3. Tabell över kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Att mötas av okunnighet	Att mötas med okunskap
Att känna sig utsatt	Att tillhöra en mindre värd patientgrupp
	Att bli kränkt
	Att vara rädd för bemötandet
Att inte bli sedd som patient	Att inte bli sedd
	Att inte få sina behov tillgodosedda
Att få sin värdighet bekräftad	Att bli sedd som person
	Att få stöd
	Att få ett professionellt bemötande

5.1 Att mötas av okunnighet

Det har framkommit tydligt i analysen att forskningspersonerna inte upplever att personalen på de akutsomatiska mottagningarna har tillräckligt stor kunskap och kompetens för att denna patientgrupp ska få ett värdigt bemötande.

Att mötas av okunskap innebar upplevelser om att vårdpersonal var oförstående inför att forskningspersonerna hade psykisk ohälsa. Brist på denna kunskap upplevdes som att bemötandet blev empatilöst och att vårdpersonalen inte visste varken hur de skulle agera eller bemöta denna patientgrupp.

Självskadebeteende är svårt för andra att förstå men en grundläggande syn på alla patienter som likvärdiga hade hjälpt mig mycket.

Forskningspersonerna ger uttryck för tankar om att vårdpersonal som har bemött dem med bland annat bristande empati har agerat så då de helt enkelt saknat kunskap kring psykisk ohälsa.

Den kompetensbrist som forskningspersonerna upplever bidrar även till att patientgruppen får otrevliga kommentarer, inte möts med medkänsla eller får ett på andra sätt felaktigt bemötande.

Oftast möts man av otrevliga läkare som ska se sår och oförstående personal som bältar mig istället för att försöka med andra metoder först.

Forskningspersonerna vill tro att det är okunskapen om självskadebeteende som gör att bemötandet blir dåligt.

Varje otrevlig kommentar handlar om rädsla för något de inte känner igen och ovetskapen, ingen läkare är väl speciellt förtjust i ovetskapen. Jag vill iallafall tro det, jag har klandrat mig själv tillräckligt länge och ofta för att känna att jag inte orkar att bli dömd av människor som inte ens känner mig.

Det finns en stark önskan om att personalgruppen på de akutsomatiska mottagningarna ska ha mer kunskap och kompetens om denna typ av problematik.

5.2 Att känna sig utsatt

Forskningspersoner har uppgett att de känt sig utsatta i samband med att de sökt vård. Dessa situationer kan ha varit att vårdpersonal har suckat åt dem när de har fått hjälp med sina skador eller att de får kommentarer från vårdpersonal som forskningspersonerna har upplevt som stötande.

Att tillhöra en mindre vård patientgrupp menar forskningspersonerna är att bli värderad som mindre värda eftersom de åsamkat skadorna på sig själva. Ofta upplevs en känsla av att de tar upp tid för patienter som är 'sjuka på riktig' som det uttrycktes i intervjumaterialet.

Vårdpersonal har bekräftat deras känsla genom att exempelvis istället för att sy såren, använt häftapparat för att ta hand om såren för att de inte tycker att tiden är värd att lägga ner på att sy dessa patienters sår. Läkare har förklarat att detta görs så att de snabbare kan ägna sig åt sina andra patienter, som att patientgruppen med personen som har självskadebeteende inte räknas in i detta.

En pojkväns mamma (akutsjuksköterska) sydde en gång ihop mig vid sitt köksbord, och förklarade för mig att såna som mig ville de inte veta av på sjukhuset, jag tog bara plats från de verkligt sjuka, och efter det bestämde jag mig för att jag skulle klara mig själv.

Upplevelser om att bli skälld på för att en skurit sig själv och bli värderad efter det är vanligt. Bemötandet tycks vara att bedöma hur såren har uppkommit, istället för att ta hand om dem.

jag var alltså van vid att dömas för vad jag gjorde och inte för vem jag var och fick tyvärr detta ytterligare bekräftat genom bemötandet jag fick.

Vårdpersonal har även struntat i att varken lyssna eller lita på vad personerna har att säga. Situationer då personalen har slitit av personer kläder för att kontrollera att det inte fanns fler sår har förekommit, trots att vårdpersonalen fått förklarat för sig att det inte fanns fler sår. Forskningspersonernas ord tas inte på allvar på grund av att de tillhör en grupp där de skadar sig själva.

Att bli kränkt handlar om att bemötandet på olika vis nedvärderar personen och inte respekterar deras värdighet. Kommentarer från läkare har varit hur dumt och onödigt det är att skada sig själv, och skuldbeläggande där forskningspersonerna bli tillfrågade om vad deras familjer tycker om deras beteende och om de inte blir ledsna när forskningspersonerna skadar sig själva. Sådana kommentarer har bekräftat personernas negativa självbild, att de inte är värda någonting och att de är äckliga.

Jag låg på en brits, ensam och blottad, in kommer en läkare och ska sy såren. Hon börjar sy i tystnad, syr ett sår i taget och suckar ibland. När hon är färdig säger hon "Ja, det här blev ju inte så snyggt, men jag orkar inte göra om det för hela din kropp är ju förstörd iallafall!"

Denna typ av kommentarer finns kvar länge hos personerna, och kan påverka både deras syn på sig själva och tankar om hur andra upplever dem.

Läkare har suckat under tiden såren sys, forskningspersonerna har fått berättat för sig att andra patienter fått vänta längre eftersom läkarna är upptagna med att sy sår som personerna själva orsakat. Kommentarer som följande är vanliga:

Närmare 50minuter tog detta, 50 minuter för sånt här...

Ovanstående citat är sagt om att sy ihop såren. Andra kränkande bemötanden har varit att läkare varken har presenterat sig för forskningspersonerna eller att vårdpersonal inte brytt sig om att fråga hur forskningspersonerna mår. Dessa bemötanden ger en känsla av skam, och personerna har svårt att stå upp för sig själva.

Jag känner mig ofta väldigt kränkt. Och omyndigförklarad.

Istället för att kommunicera med forskningspersonerna när de får vård upplevs vårdpersonalen som att det 'vet bäst'. Exempel på detta är att ta till drastiska åtgärder som att

bälta, istället för att försöka med andra metoder först som att prata. Indirekt kränkande har också upplevts, då personernas familj har fått höra att de är ett hopplöst fall och nog inte kommer leva så länge till.

Att vara rädd för bemötandet kan få allvarliga konsekvenser. Resultatet pekar på att det kränkande bemötandet leder till att forskningspersonerna i viss mån undviker att ta kontakt med vården på grund utav detta.

Mitt förråd av första-hjälpen-material var enormt, jag lärde mig att tejpa de värsta sårerna själv.

Att inte uppsöka vård har även lett till att sår har blivit allvarligt infekterade och tagit flera månader att läka.

5.3 Att inte bli sedd som patient

I resultatet framkommer också att forskningspersonerna inte upplever sig sedda som patienter. Vårdpersonalen tar inte forskningspersonerna på allvar och de får inte heller sina behov tillgodosedda.

Att inte bli sedd handlar om att vårdpersonalen inte tycks uppmärksamma patienten utan fokuserar på något annat. Forskningspersonerna får bemötande där personal har struntat i att samtala med dem under tiden de får hjälp med sina skador:

Han undrar väl lite hur man kan göra så mot sig själv, fast svara sig själv lika fort med att ångesten och adrenalinet gör att man inte känner smärtan på samma sätt när man väl skär sig.

Läkaren lät alltså inte personen som ägde upplevelsen svara. Andra upplevelser har varit att personer fått höra att det var tur att de kom in just denna natt då det var extra duktig kirurg som sydde. Detta tolkades som nedvärderande och att personen som sökte vård inte blev sedd utan fokus låg på den behandlande läkaren.

Att inte få sina behov tillgodosedda kan innebära att som patient inte få den hjälp eller stöd som de har rätt till. Sår kan fortsätta sys trots att bedövningen har släppt, eller att inte erbjudas en krycka när ett stort antal stygn har sytts på benet. Forskningspersoner har också upplevt att den psykiatriska uppföljningen har brustit:

en gång var jag inne och sydde tre nätter i rad innan de tog in mig på den psykiatriska akuten. oftast har det känts som att psykiatrikern eller läkaren i fråga nästan velat rikta mina svar mot att åka hem i stället för att åka till psykakuten, genom att säga saker som att "det inte är säkert att det tar det på allvar" eller att "det antagligen ändå är fullt"

Det psykiska måendet blir alltså inte tillgodosett. Även upplevelser om att inte bli betrodd har upplevts, speciellt i samband när andra somatiska sjukdomar finns med i bilden. Om en person söker vård för sina psykiska besvär kan detta bortförklaras som något som beror på den somatiska sjukdomen, och när hjälp behövs för de somatiska problemen så skylls symtomen som ett resultat av det psykiska måendet. Inte något av behoven blir alltså tillgodosedda här och patienten blir inte tagen på allvar.

5.4 Att få sin värdighet bekräftad

Bemötandena har dock inte alltid varit dåliga. Forskningspersonerna har även upplevt bra bemötande där de känner att de blivit tagna på allvar och fått professionell hjälp. De uppger att de behandlats med respekt och värdighet, och att vårdpersonalen har varit väldigt omtänksam och velat personens bästa.

Att bli sedd som person innebar en upplevelse av att personalen såg personen bakom problematiken. Forskningspersonerna kände sig inte dömda för hur skadan hade uppkommit utan fick det istället bekräftat att vårdpersonalen såg att de led. En forskningsperson beskriver:

Bemötande jag fick den här gången gjorde att jag kände mig mänsklig, betydelsefull och det gjorde att jag faktiskt mådde helt okej när jag kom hem, istället för att ha ångest över vad jag precis gjort.

Forskningspersonerna har också beskrivit vad de önskar av vårdpersonalen för att de ska känna sig sedda som personer. Detta kan exempelvis innebära ett jämlikt bemötande och att vårdpersonalen skulle ha en grundläggande syn på att alla patienter är lika mycket värda, oavsett skada.

Jag skulle ha önskat mig någon som såg mig i ögonen och såg hela mig.

Att få stöd kunde innebära att vårdpersonalen både uppmuntrade och gav personerna tid att berätta om hur de kände. Detta uppskattades då det tydde på att vårdpersonalen var genuint intresserade av att faktiskt lyssna på personen. När personalen försökte samtala med patienten och kanske frågade om det finns andra sätt att hantera den psykiska smärtan på än att just skada sin egen kropp upplevdes som ett bra stöd.

Kanske kan man fråga o inleda ett samtal om vad man kan göra istället för att skada sig själv. Ex: 'Nästa gång du känner att du måste tillfoga dig fysisk smärta för att lindra eller straffa dig – finns det något annat du skulle kunna göra istället? Hålla iskuber i händerna? Ta en kall dusch? Skrika? Skriva?'

Att vårdpersonalen visar omsorg kan exempelvis handla om att de ger det stöd för personerna som behöver ordnas innan de skrivs ut från den akutsomatiska vårdmottagningen. Vårdpersonalen kan exempelvis stötta patienten att ta eget ansvar som kan vara svårt för personen att göra utan stöd. På detta sätt blir de inte lämnade vind för våg utan vårdpersonalen finns kvar till slutet. Behovet av stöd är något som är uttryckligen viktigt för att minska det psykiska lidande som forskningspersonerna har när de har sökt akutvård:

Jag vill bli stöttad och inte kränkt när jag redan mår dåligt.

I de fall där forskningspersonerna inte upplever att de har fått stöd har de beskrivit hur de skulle vilja att stödet från vårdpersonalen kan se ut. Det kan innebära att vårdpersonalen visar för personen att de finns där för denne, och att det är okej om hen vill prata om det. De kommer finnas där och lyssna.

Att få professionellt bemötande var något som värderades högt bland forskningspersonerna. Att helt enkelt bemötas med respekt och medmänsklighet när en har sökt vård för sina skador och slippa opassande frågor när en förklarar hur skadorna uppkommit.

Jag har faktiskt även blivit bemött på bästa sätt en annan gång. Hon gjorde precis som ovan och var hela tiden lugn och sansad, som att hon hade tiden. Jag var en patient på akuten som behövde hjälp, hon la ingen värdering i vad jag hade gjort.

Tillfällena då vårdpersonalen, istället för att vara dömande, är öppna och behandlar personen som vilken annan patient som helst visar på ett professionellt bemötande. Att som sjukvårdspersonal inte se alla självskadepatienter som 'en sån där', utan att istället erbjuda lika värdig behandling som en person som skurit sig när hen gjort sallad skulle få. Det är bägge sårskador som behöver tas omhand, men att de framförallt ska bli bemötta som människor.

5.5 Tema- Att vilja känna värdighet

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården. Det tema som framkommit ur resultatet är att forskningspersonerna önskar att känna värdighet när de söker vård på akutsomatiska mottagningar, något som de i stora delar av fallen inte upplever att de gör. Erfarenheterna som framkommit ur analysen är framförallt negativa, och den finns en stark önskan om att få bli sedda och behandlade som övriga patienter. Bemötandet har inte uppfyllt denna önskan, utan forskningspersonerna har istället upplevt sig förminskade vilket lett till att de känner sig utsatta. Bland de positiva erfarenheterna har bemötandet varit just att det har blivit bemötta med samma värdighet och medkänsla som övriga patientgrupper.

Den röda tråd som löper genom resultatet är forskningspersonernas önskan om att bli behandlade med värdighet så att de inte ska känna sig mindre värda. I ljuset av Erikssons (1994) teori kan patienternas erfarenheter i den negativa domänen och de kategorier som finns där förstås som ett vårdlidande, medan den positiva domänen visar på möjligheter att undvika att öka patienternas lidande. Den utgör således en positiv motvikt till de negativa erfarenheterna.

Eriksson (1993, 1994) lyfter fram vårdpersonalens ansvar för att hjälpa patienten till ett lindrat lidande. I resultatet framgår det att forskningspersonerna upplever att personalen inte alltid har lyckats med det. Upplevelsen av att vårdpersonalen straffat dem eller vänt forskningspersonerna ryggen, och varken varit öppna eller lyhörda inför deras behov bidrar till en upplevelse av att vara mindre värd, något som kan förstås som ett lidande

Det lidande som forskningspersonerna berättar om kan således i första hand förstås som vårdlidande, vilket Eriksson (1993) beskriver som ett lidande kopplat till en vårdaktivitet. I studien framkommer det Eriksson (1993) talar om som källor till vårdlidande, som ett kränkande bemötande där forskningspersonen inte upplever att hens rätt till vård tillgodoses och där hens värdighet blir skadad. I resultatet framstår vårdlidandet också i berättelser om hur forskningspersonerna upplevt att vårdpersonalen har struntat i deras behov, inte sett dem som människor men även av att ha känt sig förminskad och som föremål för maktutövning. Eriksson (1994) menar att en människa som känner sig kränkt aldrig kan vara en människa fullt ut, och därför har studiens tema blivit "att vilja känna värdighet", för att människor som känner sig kränkta sällan känner värdighet, även fast det är det de vill. Resultatet visar också att det vårdlidande som finns i upplevelsen av att vara mindre värd också kan bidra till

patientens livslidande genom att förstärka en negativ självbild. Samtidigt visar resultatet också att känslan av att vara mindre värd kan minskas och lidandet lindras om vårdpersonalen istället kan se bakom självskadebeteendet, försöka förstå personen och visa att man vill väl – med andra ord, att man kan förmedla till patienten att hen har ett värd.

6 DISKUSSION

I diskussionsavsnittet kommer metoddiskussion, resultatdiskussionen samt den etiska diskussionen att tas upp.

6.1 Metoddiskussion

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur patienter med självskadebeteende erfar bemötandet från vårdpersonal då de söker hjälp för sina skador inom den akutsomatiska vården. Således togs kontakt med personer som hade ett självskadebeteende och erfarenhet av att ha uppsökt vård för sina skador. Den analysmetod som användes är Lundman och Hällgren Graneheims (2012) kvalitativa innehållsanalys med induktiv ansats. Metoden kommer att diskuteras utifrån deras kriterier, vilka är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Rekrytering av forskningspersoner skedde vid sociala medier så som instagram, facebook och twitter. De sju forskningspersonerna som valde att delta hade alla biologiskt kvinnligt kön och var i åldrarna mellan 20-30 år. All kontakt skedde via mail då personerna var utspridda över hela Sverige. En negativ detalj är att forskningspersonerna enbart var av kvinnligt biologisk kön och runt samma ålder. Detta kan ha inneburit att personer med annat biologiskt kön och ålder inte har fått komma till tals, vilket eventuellt hade kunnat innebära att resultatet hade blivit annorlunda om dessa deltagit. Samtidigt kan det eventuellt vara så att det just är personer av kvinnligt biologiskt kön inom detta åldersspann som är mest representativa för denna grupp.

En aspekt som måste iakttas är just att rekryteringen har skett via sociala medier. Det positiva med att använda sociala medier är att den geografiska platsen inte spelar någon roll, då allt deltagarna behöver är tillgång till internet för att delta. Bra är också att bilden av hur bemötandet erfarits sprids över hela Sverige. Det hjälper till att få en större bredd på hur det ser ut i hela landet, istället för om deltagarna hade rekryterats från en och samma öppenvårdsmottagning, då fokus hade legat på en och samma geografiska plats. Såklart finns det även negativa aspekter av att använda sociala medier som hjälp med att rekrytera forskningspersoner. Det kan exempelvis vara att personer som har den typ av erfarenhet som efterlyses till studien inte har tillgång till internet, eller inte har någon utav de sociala plattformar som har använts i den aktuella studiens rekrytering. Detta leder till att deras röst inte bli hörd, vilket innebär att upplevelser kan ha gått miste om på grund utav detta. En annan negativ vinkel kan också vara att personer som har svårt att uttrycka sig skriftligt på

olika sätt inte har velat delta i studien. Om studien istället hade gjorts muntligt så hade personer med dessa svårigheter kunnat varit med, och även där kan det ha gått miste om fakta.

När det handlar om begreppet giltighet förklarar Lundman och Hällgren Graneheims (2012) det som hur sanna resultaten är. För att ett resultat ska ses som giltigt ska det som tänkt undersökas stämma överens med vad resultatet visar, vilket hör samman både med kvalitén på data och på analysen. *Giltigheten* i denna uppsats är då att resultatet framkommit upplevelser om hur bemötandet har varit när de söker vård. Det finns delade åsikter om hur författarens förförståelse av det som ska studeras påverkar resultatet. Förförståelsen innebär tidigare erfarenheter och teoretiska kunskaper (Lundman & Hällgren Graneheims, 2012). I den aktuella studiens fall har författaren haft en förförståelse av att bemötandet för denna patientgrupp inte alltid är god. Ju mer som lästes av intervjumaterialet desto starkare bekräftades den förförståelse som funnits. Då mycket av intervjumaterialet var upprörande, gällande exempel på bristande etik och förolämpningar, påverkades författaren på ett personligt plan av detta. Det har därför varit en utmaning att försöka bortse både från den förförståelsen som fick bekräftelse, men även gällande att författaren blev personligt påverkad av materialet. Detta har eventuellt gjort att författarens egna åsikter lyser igenom arbetet, men det har även lett till att de kategorier och subkategorier som framkommit har gått igenom extra noga för att i största mån undvika att förförståelsen färgat resultatet. Ett exempel på detta är att studiens syfte har fått ändras från att från början enbart rikta in sig på dem kategorier med negativa upplevelser av bemötandet, vilket gjorde att kategorin med positiva erfarenheter inte kom till tals. Detta kan ha gjorts då författaren varit, omedveten, för färgad av arbetet och sin förförståelse, men ändrat när det framkom att inte alla kategorier lyftes fram av temat. Det kan därför ha varit till en fördel att intervjuerna skedde per mail, då det fanns förbestämda följdfrågor som alla deltagare fick svara på, istället för att författaren i direktsamtal med forskningspersonerna ha ställt följdfrågor som eventuellt varit färgade i affekt eller liknande. Detta hade kunnat leda till att författaren omedvetet ändrat riktning och fokus på forskningspersonernas berättelser, vilket kunde lett till att resultatet blivit något annat än det som framkom nu utifrån de fasta och förbestämda frågor som fanns.

Kontakten med forskningspersonerna har varit per mail. Telefonkontakt hade gått att ha, men då ett par av forskningspersonerna inte ville delta om det var telefonintervjuer valdes mailkommunikation istället. Det negativa med att ha mailkontakt istället för en telefonintervju är att det inte blir lika lätt att ställa direkta följdfrågor som uppkommer under samtalets gång, och där kan eventuellt fakta om erfarenheter och upplevelser tappats. Det positiva med mailkontakt är att forskningspersonerna hade gott om tid på sig att tänka på hur de skulle formulera sina svar, vilket eventuellt hade kunnat bli svårare under en telefonintervju då samtalet sker i realtid. Svaren som har getts per mail har varit mycket detaljrika. Alla frågor, utom en som var slutna, som ställdes per mail var öppna frågor, och detta var för att forskningspersonerna fritt skulle kunna berätta om sina erfarenheter. Öppna frågor ansågs även vara enklare att använda per mail, då semistrukturerade eller slutna frågor hade krävt mer mailkommunikation. Svaren som skulle komma utifrån följdfrågorna hade eventuellt blivit mer detaljerade, men risken hade också funnits att det skulle bli låg svarsratens bland forskningspersonerna då det skulle kräva att de la ner mer tid på att svara på mailen. Därför sågs öppna frågor som det bästa valet i detta fall.

Tillförlitlighet är enligt Lundman och Hällgren Graneheims (2012) att författaren löpande under uppsatsen gång säkerställer arbetets kvalitet. Exempel på när tillförlitligheten kan vara mindre är om olika personer har intervjuat personer, vilket kan resultera i att dessa intervjupersoner har fått olika frågor. I den aktuella uppsatsen så har samtliga forskningspersoner fått tre likadana frågor per mail. Det har alltså inte ställts varken mer eller mindre frågor än dessa tre.

I analysprocessen har all förförståelse försökt att undvikas, även om det varit en utmaning för författaren. För att förförståelsen inte ska ha kunnat färga resultatet har materialet gått igenom ett flertal gånger där författaren har försökt att läsa det med neutrala ögon för att inte lägga för stor eller för lite vikt vid något. Det är nog svårt att helt bortse från sin förförståelse då den alltid finns med i tankarna, men genom att vara medveten om att den faktiskt finns där kan den nog på ett lättare sätt undanhållas och risken att den färgar resultatet kan minska. Samtidigt kan förförståelse ibland vara bra, då det kan bidra till att författaren blir ännu mer intresserad och engagerad av ämnet som ska studeras, men då är det som sagt viktigt att vara medveten om att förförståelsen finns, och att kunna skilja på den och den faktiska fakta som finns. Författaren har gått efter dem steg som finns i den valda analysen för att tillförlitligheten ska bli så stor som möjligt. De kategorier och subkategorier som har kommit fram under uppsatsen gång har flera gånger fått göras om då de inte ansetts tillförlitliga nog då data kan ha passat in i flera kategorier. Detta har upplevts som tidskrävande och lett till en del stress, men författaren har haft en bra kommunikation med sin handledare som stöttat och funnits till hands.

När det gäller *överförbarhet* så innebär det hur studiens resultat kan tillämpas på andra grupper eller situationer (Lundman & Hällgren Graneheims, 2012). Ett exempel på hur uppsatsen resultat skulle kunna vara överförbart är att implementera resultatet på en akutsomatisk mottagning för att se hur patienter med självskadebeteende upplever bemötandet när de söker vård för sina skador. Lämpligt kan också vara att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal inom såväl somatiska slutenvårdsavdelningar som psykiatriskt öppen- och slutenvårdsavdelningar tar del av uppsatsen resultat för att vården för den aktuella patientgruppen ska bli så bra och anpassad som möjligt.

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats ansågs vara den bästa analysformen för att få ut så mycket som möjligt av forskningspersonernas berättelse. En positiv bidragande faktor till att metoden valdes var att ingen data fick lämnas kvar utan allt de forskningspersonerna hade berättat om skulle användas. Det tyckte författaren personligen var bra då det skulle ge en större helhetsbild. Analysmetoden var även relevant för att studiens syfte skulle kunna utforskas på bästa sätt.

Författaren hade sedan tidigare använt en kvalitativ innehållsanalys då kandidatuppsatsen skrevs, men då denna uppsatsen, till skillnad från kandidatuppsatsen, skrev ensam så har författaren fått en djupare inblick i vad analysen faktiskt gör och hur den används. Det har varit intressant att få gå djupare in i en analysmetod när uppsatsen har skrivits ensam, då detta krävt att författaren har fått vara noggrann för att följa metoden.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet som framkommit visar att forskningspersonerna ofta har en känsla av att vara mindre värda. Dessa upplevda erfarenheter hjälpte till att namnge temat, vilket blev ”att vilja känna värdighet”. De fyra kategorier som hittades var: *att mötas av okunnighet*, *att känna sig utsatt*, *att inte bli sedd som en patient* samt *att få sin värdighet bekräftad*. Samtliga kategorier kommer nedan att diskuteras och knyts ihop med Erikssons teori om vårdlidande. Strukturen följer här de aspekter av vårdlidande som Eriksson (1994) identifierat:

6.2.1 Kränkning av patientens värdighet

I resultatets tema, *att vilja känna värdighet*, känner personerna inte att de bemöts med värdighet, vilket resulterar i ett lidande. Eriksson (1994) talar om det som ett vårdlidande relaterat till en kränkning av patientens värdighet. Det finns således en genomgående tråd av erfarenheter av att känna sig kränkt i sin värdighet i resultatet, även om det bara är en subkategori, *att bli kränkt*, som fokuserar erfarenheten.

Upplevelser av att värdigheten kränkts kan också kopplas samman med en erfarenhet av att personalen inte har den kompetens som krävs. Detta blir synligt i kategorin ”att mötas av okunnighet”, där bristen på kunskap förstås som en källa till ett kränkande bemötande. Resultatet visar att forskningspersonerna upplever att det finns en kompetensbrist inom personalen på de akutsomatiska akutmottagningarna. Vårdpersonalen har enligt forskningspersonerna inte haft tillräckligt med kunskap för att veta hur patienter med självska debeteende som söker vård för sina skador ska tas emot och behandlas, och detta är även något som vårdpersonalen i McAllister m.fl (2009) Karman m.fl (2015), McHale & Felton (2010) uttrycker; att de inte ha tillräckligt med kompetens. Detta har lett till upplevelser om ett empatilöst bemötande. Detta bidrar till ett vårdlidande, då patienter upplever sig kränkta av att bli bemötta med oförståelse. Forskningspersonerna tror själva att bristen på förståelse och empati beror på bristen på kunskap i området kring självska debeteende och psykisk ohälsa. Forskningspersonerna verkar alltså ha mer förståelse gentemot vårdpersonalen än de upplever att vårdpersonalen har för dem, och att den uppfattningen fanns är något som inte funnits med i den tidigare forskning som granskats i studien. Det överraskade även författaren då det inte stämde in med den förförståelsen som fanns, att trots att forskningspersonerna upplever att de har blivit illa bemötta så har dom ändå en förståelse för varför bemötandet kan ha varit så. Samtidigt som det är beklagligt att personal inom akutsomatisk vård upplevs ha otillräcklig kompetens inom detta område är det inte förvånande. Tidigare forskning visar också att vårdpersonal själva upplever att de har för lite kunskap kring denna patientgrupp (Karman m.fl ,2015; Hopkins, 2002; McHale & Felton, 2011). Eriksson (1994) menar att vårdlidandet i varje enskilt fall är onödigt och bör med undvikas, men om vårdpersonal inte har kunskap om hur vård bäst ges till personer med självska debeteende kan de heller inte lindra det lidandet. Vidare forskning kan bidra till både bättre insikt men även mer kunskap.

6.2.2 Fördomelse och straff

Resultatet visar att personer med självskadebeteende kan uppleva vårdpersonal som fördömande och straffande. Enligt Eriksson (1994) är fördömelser och straff en källa till vårdlidande. I studien framkommer det framför allt i kategorin ”att känna sig utsatt”, och då speciellt i subkategorin *att bli skuldbelagd*, där det visat sig att personalens agerande kan bidra till att patienter känner sig förminskade inför vårdpersonalen och att de skämts för sina handlingar när de sökt vård. Detta kan leda till att en negativ självbild bekräftats, och bidra till mer ångest och i vissa fall ett mer destruktivt beteende gentemot en själv. Upplevelser av fördömelser kan också visa sig i situationer där vårdpersonal har en uppfattning om vad som är rätt och fel gentemot patienten, utan att patienten har något att säga till om.

Patienter med självskadebeteende kan också uppleva sig straffade om vårdpersonal ignorerar henoms behov som levande varelse. I detta fall kan det vara att patienter upplever att vårdpersonal dömer dem för att de själva vållat sina skador, och straffar dem genom att ha ett kränkande och ovärdigt bemötande. Detta framkommer också i tidigare forskning, där Hadfield m.fl (2009) har beskrivit att patientgruppen upplevs som manipulerande av läkare, och Hopkins (2000) menar att det finns vårdpersonal som ser självskadebeteendet som något mycket provocerande. Att denna typ av upplevelse beskrevs så starkt var ingenting som författaren hade väntat sig sett till sin förförståelse. Författarens förförståelse kring detta var att patienter med självskadebeteende kanske inte alltid får det bästa bemötandet, men att bemötandet upplevdes på det sätt som forskningspersonerna beskriver var mycket överraskande.

Resultatet visar också att personer med självskadebeteende ibland undviker att söka vård på grund utav erfarenheter av dåligt bemötande. Även tidigare forskning har pekat på att kränkande bemötande kan få personer att undvika att uppsöka vård (Harris, 2000). Konsekvenserna av detta kan bli oerhört stora, och skulle i värsta fall kunna leda till döden för att personerna inte har fått hjälp med sina skador, vilket Life Sign (2017) förklarar genom att informera att om ett sår blöder mycket så kan kroppen gå in i chock vilket kan skada både hjärtat och hjärnan. Således kan personer som inte uppsöker sjukvård på grund av negativt bemötande drabbas mycket svårt. Eriksson (1993) förklarar att personer som undviker sjukvården trots att de egentligen skulle behöva den gör det för att erfarenheterna av att bli kränkt leder till att de vill fly från det som utlöser denna känsla, vilket i detta fall är sjukvården. Även detta förvånade författaren som i sin förförståelse utgick ifrån att patienter som skadat sig själva allvarligt nästintill alltid sökte vård, men efter att ha läst om forskningspersonernas upplevelser så ändras synsättet kring detta. Att ha detta att utgå ifrån gör det ännu mer viktigt att belysa hur mycket bemötandet gentemot patienter med självskadebeteende faktiskt betyder.

6.2.3 Maktutövning

Ännu ett viktigt resultat som framkom var att personer med självskadebeteende kan känna sig utsatta när de sökte vård på akutsomatiska mottagningar. Detta blir speciellt tydligt i kategorin *att känna sig utsatt*. Känslan av utsatthet och att andra utövar makt kan handla om att vårdpersonal suckar åt personer så att de känner sig kränkta eller skuldbelagda. Känslan av att

inte var lika mycket värd som övriga patientgrupper kan också upplevas som kränkande och förminskande. Ett exempel på detta är i Hadfield m.fl (2009) artikel där det beskrivs att det fanns läkare som aktivt valde bort denna typ av patientgrupp på grund utav hur skadorna uppkommit. När personal utövar makt kan det av patienten upplevas som om hen fråntas rätten till sin egna vilja (Eriksson, 1994). Det vanligaste vårdlidandet utlöst av att patienterna blir kränkta och att vårdpersonal utövar ett maktmissbruk gentemot patienten. Detta är just det som forskningspersonerna i denna uppsats har beskrivit (Eriksson, 1994). Även i tidigare forskning har det funnits erfarenheter av att personer med självskadebeteende blir behandlade som en mindre värd patientgrupp (Lindgren m.fl, 2011).

6.2.4 Utebliven vård

Kategorin *att inte bli sedd som patient* speglar den typ av vårdlidande som Eriksson (1994) beskriver som utebliven vård. Det handlar både om känslan av att inte bli sedd som en patient och erfarenheter av att inte få sina behov tillgodosedda. Att inte få sina behov tillgodosedda är enligt Eriksson (1994) ett vårdlidande då patienten fråntas rätten att bli sedd som en människa. Mänskliga behov negligeras vilket även bidrar till både upplevelser och erfarenheter av att bli kränkt. Lindgren m.fl (2004) har beskrivit vikten av att bli sedd som en person i sin artikel, och en bit på vägen kan vara att tilltala patienterna vid namn eller att vårdpersonalen kan stanna upp och förklara vad som exempelvis kommer att hända under dagen. Att också bli sedd som en person och inte enbart som en person som självskadar är något som är oerhört viktigt (Lindgren m.fl, 2004).

6.2.5 En god vårdkultur

Trots alla negativa erfarenheter som forskningspersonerna har fått uppleva finns där också ett bra bemötande. Ett bemötande som gör att forskningspersonerna blir sedda som människor, de får den hjälp de behöver och förtjänar och de blir varken förminskade eller försummade. Det Eriksson (1994) beskriver som ett vårdlidande är att patienter blir kränkta, personal har ett maktmissbruk gentemot patienterna och de får varken sina behov tillgodosedda eller blir tagna på allvar. Allt detta har forskningspersonerna sluppit då erfarenheterna har varit att de ibland fått en bra och värdig hjälp, vilket är någonting som värderas mycket högt. Dessa erfarenheter har lett till att forskningspersonerna fortfarande har lite hopp om att det finns ett värdigt bemötande att få. Detta gjorde författaren extra glad att läsa då det visar på att den förförståelse som fanns inte helt stämde överens med verkligheten, utan att det fanns upplevelser om bra bemötande också.

Wiklund Gustin och Lindwall (2012) beskriver Erikssons begrepp 'vårdkultur' som den miljö som finns på en arbetsplats. Vårdkulturen är bland annat uppbyggt av traditioner och värdegrund. Om de traditioner och värdegrunden som finns är positiva, blir vårdkulturen således också bra (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). En god vårdkultur är grunden för att bemötandet gentemot patienterna ska bli bra, och det är därför av största vikt att avdelningar och mottagningar kontinuerligt reflekterar över hur kulturen är på just deras avdelning. Allt för att klimatet och bemötande ska vara inbjudande och tryggt.

6.3 Etikdiskussion

Under uppsatsen gång har vissa etiska frågeställningar framkommit, vilka främst har varit tankar kring att gruppen av personer som deltagit ses som en sårbar grupp. Således har risk vägts mot nytta för att avgöra de etiska frågeställningarna. Extra försiktighet har vidtagits framförallt när forskningspersoner har frågats direkt av författaren om de vill delta i uppsatsen. Personer som ansågs ha ett alltför allvarligt pågående självskadebeteende tillfrågades inte. De forskningspersoner som själva har kontaktat författaren har fått god tid på sig att svara på mailen i kommunikationen för att inte stressa fram jobbiga känslor eller tankar kring det berörda ämnet, vilket hade kunnat påverka både resultatet och personens psykiska hälsa.

6.4 Kliniska implikationer

Det resultat som framkommit i studien skulle direkt kunna implementeras hos vårdpersonal som arbetar inom den somatiska akutvården. Detta behövs göras på grund utav flera olika skäl. Dels för att patienterna med denna problematik ska få en jämlik vård, men även att vårdpersonalen ska känna sig säkrare i hur de ska bemöta patientgruppen. Är personalen säkrare i sin professionella roll gentemot patienterna med denna problematik kommer vården förhoppningsvis bli bättre, vilket bidrar till att bemötandet skulle bli bättre. Ett bättre bemötande innebär mindre kränkningar, och mindre kränkningar leder till att känslan av att vara mindre värd minskas. Det som skulle kunna implementeras är utbildningar, men även löpande etiska reflektioner i personalgruppen för att inte tappa bort det etiska tänket. Att spegla med sina kollegor när de haft en patient med självskadebeteende som de upplevt svårt är också viktigt, då personalen kan prata om vad de känt och kanske även varför de känt så. Förhoppningsvis kan det leda till att arbetsgruppen blir mer reflekterande generellt i vården.

6.5 Resultatet i ett vidare sammanhang

Det resultat som framkommit i uppsatsen har varit att bemötandet från sjukvården upplevts som kränkande. Detta spär på den stigmatiserade bild som finns både kring självskadebeteende men även om psykisk ohälsa i stort. Får dessa personer ett dåligt bemötande i sjukvården kan de uppfattas som mindre värda, vilket gör att samhället, mer eller mindre medvetet, tar ett steg bort ifrån denna patientgrupp. Bemötandet gör också att personer med denna problematik skäms, ofta mer än vad de redan gjorde innan, och det i sin tur gör att hen inte pratar om det. Den psykiska ohälsan tystas på så vis ned, vilket i slutändan blir till en ond spiral där ingen pratar om eller vill höra på om psykisk ohälsa. Resultatet kan förhoppningsvis leda till att stigmatiseringen till psykisk ohälsa minskar.

Det är således oerhört viktigt att vårdpersonal på de akutsomatiska vårdmottagningarna ska få kännedom om hur viktigt bemötandet gentemot denna patientgrupp är, för det kommer gynna både patienter och personal.

6.6 Förslag på vidare forskning

Något som visat sig finnas en stor brist av är just hur patienterna med självskadebeteende upplever bemötandet de får när de söker vård, oavsett om det är inom den somatiska eller psykiatriska vården. För att kunna göra vården så bra som möjligt är ett förslag på vidare forskning att fokusera på patienternas erfarenheter av upplevelser. Varför finns denna typ av upplevelser, hur kan den undvikas och vilket bemötande skulle patienterna önska att få? Viktigt kan också vara att undersöka varför vårdpersonalen agerar som de gör. Beror det enbart på kunskapsbrist eller kan det vara fördomar eller stigmatiseringar som gör att de agerar på ett sätt som upplevs kränkande? Allt detta ligger till grund för att vården för denna patientgrupp ska kunna utvecklas och bli bättre. För att vården ska få en bättre förståelse av självskadebeteende så kan kunskap om just fenomenet självskada bli bättre, men även reflektioner om varför vårdpersonalen agerar som de gör. Detta tillsammans kan leda till en bättre vård för denna patientgrupp.

Något annat som det även borde forskas om mer är även hur personer med manligt biologiskt kön eller annan könstillhörighet upplever bemötandet. Kanske finns det skillnader mellan denna grupp som studerats i uppsatsen och den grupp som inte fått komma till tals.

7 SLUTSATS

Slutsatsen som har kunnat dras efter att ha genomfört denna uppsats är att det finns en inkomplett förståelse bland sjukvårdspersonal på de akutsomatiska vårdmottagningarna kring den aktuella patientgruppen och hur de bäst bemöts. Bemötandet som forskningspersonerna har fått erfara upplevs som kränkande, och det är därför av största vikt att detta ämne fortsätter att diskuteras för att bidra till en bättre vårdmiljö och mindre vårdlidande för forskningspersonerna, men också för att hjälpa personalen att bli mer säkra på deras agerande i dessa situationer. En slutsats utifrån studien pekar på en inkomplett förståelse hos personal, vilken möjligen kan förbättras med vidare utbildning. Detta kan ske både med interna utbildningar på avdelningar som berörs, men problematiken borde också tas upp mer i grundutbildningen hos både undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Vidare forskning kring ett självskadebeteende föreslås.

REFERENSLISTA

- Codex. 2016. *Forskning som involverar människan*. Hämtad 30 december, 2016, från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Englund, H., Chappy, S., Jambunathan, J., & Gohdes, E. (2012) Ethical Reasoning and Online Social Media. *Nurse Educator*, Vol. 37, No. 6, 242-247. DOI: 10.1097/NNE.0b013e31826f2c04
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1993). Lidandets idé. I K. Eriksson (Red.), *Möten med lidande* (ss. 1-27). Åbo: Institutionen för vårdforskning.
- Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L., & Hayward, M. (2009). Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm. *Qualitative Health Research*, 19(6), 755-765. doi: 10.1177/1049732309334473.
- Harris, J. (2000). Self-Harm: Cutting the Bad out of Me. *Qualitative health research*, Vol. 10 No. 2, 164-173.
- Henderson., M & Dahnke M. (2015). The Ethical Use of Social Media in Nursing Practice. *Medsurg Nursing*, Vol. 24/No. 1.
- Hopkins, C. (2002). But what about the really ill, poorly people?' (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 147-154.
- IKOS: Informationsprojektet Kunskap om Självskaðebeteende. *Vad är självskaðebeteende?* Hämtad 15 februari, 2017, från http://www.sjalvskadebeteende.se/m_vadarssb.html
- Inckle, K. (2011). The First Cut Is the Deepest: A Harm-Reduction Approach to Self-Injury. *Social Work in Mental Health*, 9: 364-378. DOI: 10.1080/15332985.2011.575726
- Johansson, A. (2010). *Självskaða: En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande*. Umeå: Produktion och tryck.
- Jonsson, H., Heuchemer, B., & Josephsson, S. (2012). Narrativ analys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 221-235). Lund: Studentlitteratur.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, L.-E., & Van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 65-75. doi: 10.1111/jpm.12171
- Life signs: self-injury guidance and network support. *First aid for self-injury and self-harm*. Hämtad 8 april, 2017, från <http://www.lifesigns.org.uk/first-aid-for-self-injury-and-self-harm/>

- Lindgren, B.-M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 284–291.
- Lindgren, B.-M., Öster, I., Åström, S., & Graneheim, U. (2011). 'They don't understand . . . you cut yourself in order to live.' Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 6: 7254. DOI: 10.3402/qhw.v6i3.7254
- Lundman, K., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur
- McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2006). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of clinical nursing*, 18, 2838–2845. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 4 10. doi:10.1016/j.aaen.2005.10.005
- McCarthy, L., & Gijbels, H. (2010). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International emergency nursing*, 18, 29-35. doi:10.1016/j.ienj.2009.05.005
- McHale, J., & Felton, A. (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 732–7408. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x
- Neville, S., Adams, J., & Catherine Cook. (2016). Using internet-based approaches to collect qualitative data from vulnerable groups: reflections from the field. *Contemporary Nurse*, Vol. 52, No. 6, 657–668. DOI: 10.1080/10376178.2015.1095056
- Owens, C, Sharkey, S., Smithson, J., Hewis, E., Emmens, T., Ford T., & Jones, R. (2012). Building an online community to promote communication and collaborative learning between health professionals and young people who self-harm: an exploratory study. *Health Expectations*, 18, pp. 81–94. doi: 10.1111/hex.12011.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assesing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Socialstyrelsen (2004). *Vad vet vi om flickor som skär sig?* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 16 februari, 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10427/2004-123-41_200412342.pdf
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

BILAGA A: MISSIVBREV

Tillfrågan om deltagande i studie ”Hur patienter med självskadebeteende uppever bemötandet inom den somatiska vården”.

Jag heter Sara Eklund Lundgren och är student i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med denna studie är att beskriva vilka erfarenheter personer med självskadebeteende har av bemötandet inom den somatiska vården.

Min fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att vi kommer att ha en kortare mailkontakt, där du först får berätta om en situation som du upplevt. Jag kommer sedan att maila tillbaka om jag har några frågor och liknande. När vår mailkontakt är klar så kommer jag att bearbeta det som skrivits, för att sedan sammanställa det tillsammans med berättelser jag inhämtat från andra deltagare. Detta för att få en så översiktlig bild som möjligt av hur upplevelse av bemötandet inom den somatiska vården är.

Ibland kan det vara jobbigt att prata om sina upplevelser. Du behöver således bara dela med dig av sånt som känns okej för dig att berätta om. Å andra sidan kan det vara positivt att få dela sina upplevelser med en annan människa.

Du kan alltså när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas med beaktande av sekretess vilket innebär att alla uppgifter kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av dem. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till dig eller din enhet där du vårdats.

Efter att du fått denna information får du överväga om detta är någonting som du skulle vilja medverka i. Läs igenom och fundera, och när du sedan bestämt dig skickar du ditt svar till min mailadress som står här nedanför.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av mig eller min handledare, Lena Wiklund Gustin, se nedan.

Med vänliga hälsningar Handledares namn och titel:

Sara Eklund Lundgren Lena Wiklund Gustin

Tel: xxx- xxx xx xx Tel: xxx- xx xx xx

E-post: xxxxxxxxx E-post: xxxxxxxxx

Samtycke till att delta i projektet, "Hur patienter med självskadebeteende upplever bemötandet inom den somatiska vården"

Jag har skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

Maila ditt svar till xxxxxxxxxx, skriv även ditt namn och datum för godkännandet.

BILAGA B: INTERVJUGUIDE

Mail 1: Kan du berätta om ett eller flera tillfällen då du fått uppsöka vård för dina självsador? Beskriv hur du upplevt situationen och hur du upplevt bemötandet du fått.

Mail 2: Kan du utveckla hur du har känt när du fått det bemötandet du beskriver?
Hur har bemötandet påverkat dig som person i just den stunden?
Hade du önskat att bemötandet du fått vore på ett annat sätt?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se