Linnéuniversitetet
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Omvårdnad Uppsats 15 hp

Självskadebeteende

- Sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnad på en akutmottagning

Författare: Anna Johansson & Linnéa Williamsson
Termin: VT11
Kurskod: 2OM340

Humanvetenskapliga Institutionen

Högskolan i Kalmar

391 82 Kalmar

Kurs: Omvårdnad – uppsats 15hp, 2OM340

Vårterminen 2011

Självskadebeteende – det första mötet

Sjukvårdspersonalens upplevelse

Anna Johansson och Linnéa Williamsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Självskadebeteende är en destruktiv handling där intentionen suicid inte finns. Avsikten med handlingen är att skada individens egna kropp. Sjukvårdspersonal på en akutmottagning står för det första mötet med patienter med självskadebeteende. Litteraturstudien är teoretisk förankrad i Ida Jean Orlandos interaktionsteori. **Syfte:** Beskriva sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnaden av patienter med självskadebeteende på en akutmottagning. **Metod:** Systematisk litteraturstudie där elva artiklar granskades varav tio inkluderades i studien. Artiklarna analyserades och abstraherades och ur detta skapades åtta kategorier vilka lade grunden till litteraturstudiens resultat. **Resultat:** Resultatet beskriver sjukvårdspersonalens upplevelse utifrån åtta kategorier: *oförmåga hos sjukvårdspersonalen, omsorgsfullhet, oförståelse för patienten, förväntningar på professionen, kompetens, genus och livslängdens betydelse, kommunikationens betydelse och organisationens betydelse.* **Slutsats:** Sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnaden av patienter med självskadebeteende är unik för individen. Meningslöshet och meningsfullhet är exempel på upplevelser som kan påverka utfallet av omvårdnaden. Ett känslomässigt engagemang som kan vara av olika karaktär väcks hos sjukvårdspersonalen.

Nyckelord: Självskadebeteende, omvårdnad, sjukvårdspersonal, upplevelse

Innehållsförteckning

1. INLEDNING 1

2. BAKGRUND 1

2.1. SJÄLVSKADEBETEENDE 1

2.1.1. Definition 1

2.1.2. Etiologi 2

2.1.3. Patientens förväntningar 2

2.2. OMVÅRDNADSTEORI 2

2.2.1. Ida Jean Orlandos interaktionsteori 2

3.PROBLEMFORMULERING 4

4. SYFTE 4

5. METOD 5

5.1. URVALSKRITERIER 5

5.2. SÖKNINGSFÖRFARANDE OCH URVAL 5

5.3. KVALITETSGRANSKNING 7

5.4. ANALYS 8

6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN 9

7. RESULTAT 10

7.1. OFÖRMÅGA HOS SJUKVÅRDSPERSONALEN 10

7.3. OFÖRSTÅELSE FÖR PATIENTEN 13

7.4. FÖRVÄNTNINGAR PÅ PROFESSIONEN 14

7.5. KOMPETENS 15

7.5.1. Formell kompetens 15

7.5.2. Reell kompetens 16

7.6. GENUS OCH LIVSLÄNGDENS BETYDELSE AV OMVÅRDNAD 17

7.7. KOMMUNIKATIONENS BETYDELSE 17

7.8. ORGANISATIONENS BETYDELSE 18

8. DISKUSSION 19

8.1. METODDISKUSSION 19

8.1.1. Urval och sökningsförfarande 19

8.1.2. Kvalitetsgranskning 20

8.1.3. Analys 21

8.2. RESULTATDISKUSSION 21

8.2.1. Oförmåga hos sjukvårdspersonalen 21

8.2.2. Omsorgsfullhet 23

8.2.3. Oförståelse för patienten 24
8.2.4. Förväntningar på professionen 25
8.2.5. Kompetens 26
8.3. TROVÄRDIGHET OCH ÖVERFÖRBARHET 27
8.4. VIDARE FORSKNING 28
9. SLUTSATS 28
10. REFERENSER 29

Bilagor

Bilaga 1. Manuellt sökta artiklar
Bilaga 2. Artikelmatris
Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning – kvantitativa artiklar
Bilaga 4. Mall för kvalitetsgranskning – kvalitativa artiklar

1. INLEDNING

Första mötet mellan sjukvårdspersonal och patient på en akutmottagning kan ha väldigt stor betydelse för att patienten ska känna förtroende för den vård som ges på plats men även för fortsatt behandling. Det kan tänkas att ett bra första möte är viktigt också för sjukvårdspersonalen, då vi tror att det kan ha en stärkande effekt och ge en känsla av trygghet i sin yrkesroll. 2008 uppgavs siffrorna på antalet personer med avsiktliga självskadehandlingar vara 8213 kvinnor och män i Sverige (Socialstyrelsen, 2009). Det uppskattas dock att det finns ett stort mörkertal då inte alla fall rapporteras (Hurry, 2000). Genom att lyfta fram hur sjukvårdspersonal upplever att vårda dessa patienter och betydelsen av ett bra första möte och vårdtillfälle kan det tänkas att en ökad förståelse för det komplexa i sjukvårdspersonalens yrkesroll kan nås.

2. BAKGRUND

2.1. Självskadebeteende

2.1.1. Definition

Enligt vedertagna klassifikationssystem, DSM-IV och ICD-10, finns ingen kategori för självskadebeteende (Stain, 2008). Tillståndet betraktas som ett sekundärt beteende till emotionell instabil personlighetsstörning, som bland annat innefattar borderline-beteende. På grund av dålig självkänsla och instabilitet kan borderline resultera i ett destruktivt beteende (Socialstyrelsen, 1997). Deliberate self-harm (DSH) innefattar alla typer av självdestruktivt beteende och används som ett övergripande begrepp (Stain, 2008).

Svårigheter kan finnas med att definiera begreppet självskadebeteende. Det kan beskrivas i egenskap av en destruktiv handling utan intentionen suicid där syftet är att skada individens egna kropp. En särskiljning finns mellan direkt och indirekt självskadebeteende (Nock & Favazza, 2009). Direkt självskadebeteende kan inkludera skärande på extremiteter samt självförvållade brännskador. Indirekt självskadebeteende fokuserar istället på handlingar där handlingarna i sig inte är skadliga, men kan leda till negativ påverkan på individens hälsa. Oavsett indirekt eller direkt handling hävdas det även att de självskadehandlingar som utförs är enbart impulsiva och inte i förväg uttänkta (McDougall, Armstrong och Trainor, 2010). Litteraturstudiens fokus ligger på självskadebeteende som är direkt skadliga för individen i fråga, där suicidal avsikt inte föreligger.

2.1.2. Etiologi

Orsaken bakom självskadebeteende är oftast en kombination av flera faktorer. Frustration, förvirring och ambivalens angående individens identitetsuppfattning kan uppstå. Koppling kan ses till sociala, fysiska och psykiska faktorer. Hos unga individer kan omvälvande händelser i livet, psykisk ohälsa, misshandel samt alkohol och droger, bidra till självskadebeteende. Ofta syftar inte självskadebeteende till en suicidal handling utan mer till att bemästra stressfulla situationer och känslor samt överlevnad (McDougall, Armstrong & Trainor 2010). Det är ovanligt att självskadebeteendet har en suicidal utgångspunkt men det är inte att förringa sambandet mellan just självskadebeteende och suicid. Individer med självskadebeteende har generellt sätt en ökad risk för suicid (Favazza, 1996). Att på ett snabbt sätt bli av med plågande emotionella upplevelser och återfå en känsla av kontroll kan också vara orsaker bakom självskadebeteendet (Favazza, 1989). Genom att skära sig själv kan det skapas en lättnad i upplevelsen av inre konflikt, utlopp av känslor samt återförande till verkligheten. En annan orsak kan vara ett sorts beroende av den uppmärksamhet från sjukvården som en individ med självskadebeteende får (Favazza, 1996).

2.1.3. Patientens förväntningar

Sjukvårdspersonal som arbetar på en akutmottagning står för det första mötet med patienter med självskadebeteende. Det har visat sig finnas ett samband mellan sjukvårdspersonalens bemötande och utfallet av den efterföljande vården. Då det finns en koppling mellan självskadebeteende och suicid är det av vikt att patienten vid första mötet får sina behov tillgodosedda (McCann, Clark, McConnachie & Harvey, 2005). Patienter med självskadebeteende har visat sig ha vissa krav på att sjukvårdspersonalen innehar en viss kompetens om beteendet och en säkerhet i handhavandet. De ska också ha förmågan att vara lyhörd nog att uppfatta de behov patienten har. Vid de tillfällen sjukvårdspersonalen visar på osäkerhet och bristande självkänsla, resulterar det i att patienterna känner sig ignorerade och inte respekterade (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004).

2.2. Omvårdnadsteori

2.2.1. Ida Jean Orlandos interaktionsteori

Interaktionsteorin fokuserar dels på det unika hos varje patient och dennes situation och dels på det unika i sjuksköterskans arbetsprocess. Vikten av att patienten ska stå i fokus redogörs

för, samt de svårigheter vilka kan uppstå i relationen mellan sjuksköterska och patient. En förmåga att ha insikt i de specifika behov och beteenden en patient upplever, är något som hos sjuksköterskan bör utvecklas med tiden (Orlando, 1990).

I sjuksköterskeyrkets profession är det av stor vikt att sjuksköterskan är medveten om sin förståelse av generella principer om människan och hälsa. I det specifika mötet med patienter är det också av vikt att ha förståelse för det unika i situationen, för att kunna hjälpa patienten. Det är viktigt att kunna se patienten i den situation denne befinner sig i och hur sjuksköterskan kan relatera sin profession till situationen. En medvetenhet om den effekt sjuksköterskans beteende har på patienten är centralt (Orlando, 1990).

Omvårdnadens huvudsakliga syfte är att tillgodose patientens behov. När en patient inte längre klarar av att utföra vissa grundläggande aktiviteter i det dagliga livet är det istället sjuksköterskans uppgift att ta över ansvaret. I de fall patienten är kapabel att själv utföra aktiviteterna, är det av vikt att sjuksköterskan tillåter patienten att ha kontrollen och inte hämmar dennes utveckling. Ibland uttalas inte de behov som behöver tillgodoses från patientens sida. Det är då sjuksköterskan måste vara observant och försöka skapa en fungerande kommunikation, för att på så sätt kunna hjälpa patienten på bästa sätt. Ett fungerande samspel mellan personal och patient är avgörande för hur den hjälp som ges mottas. Sjukvårdspersonal bör ha en medvetenhet om hur deras omvårdnadshandlingar påverkar och inte påverkar patienten (Orlando, 1990).

Vid det första mötet mellan sjuksköterska och patient kan det vara svårt för patienten att förstå sjuksköterskans kapacitet. Det är därför av betydelse att sjuksköterskan använder sin profession och påvisar sina kunskaper, för att tydliggöra på vilket sätt hon kan hjälpa patienten. En fungerande kommunikation är av värde för att undvika missförstånd vilka annars kan uppstå. När tillit och en god relation skapas mellan personal och patient blir det också lättare för patienten att uttrycka sina behov (Orlando, 1990).

Orlando (1990) lyfter kunskap som ett betydelsefullt medel för att i vården kunna hjälpa patienter på bästa sätt. Hon menar samtidigt att en sjuksköterska inte kan besitta kunskap inom alla områden, men har ett ansvar gentemot patienten att söka information inom det område sjuksköterskan är okunnig.

Orlando (1990) menar att det finns tre betydande faktorer i omvårdnadssituationer; *patientens beteende, sjuksköterskans reaktion och sjuksköterskans aktivitet*. *Patientens beteende* kan uttryckas både icke-verbalt och verbalt. Utifrån vad sjuksköterskan uppfattar kan handlingar utföras anpassade till situationen. *Sjuksköterskans reaktion* påverkas av vad hon/han känner, tänker och uppfattar då den individuella effekten får olika konsekvenserna. Vad sjuksköterskan automatiskt uppfattar från patienten kan inte kontrolleras men hon/han kan lära sig att fundera kring orsaken bakom det hon/han uppfattat. I en omvårdnadssituation där känslor väcks hos sjuksköterskan är det centralt att oberoende av sinnesstämning, bearbeta känslorna för de inte ska påverka sjuksköterskans professionella beteende. Ilska och frustration kan tolkas av patienten oavsett om det uttrycks eller inte från sjuksköterskans sida. *Sjuksköterskans aktivitet* består av de handlingar hon utför. Handlingarna är ett resultat av något som uppstår under en omvårdnadssituation. Handlingarna kan utföras i samråd med patienterna eller utan direkt kommunikation (Orlando, 1990).

3. PROBLEMFORMULERING

Svårigheter kan finnas med omvårdnaden kring patientgruppen med självskadebeteende (Puskar, Bernardo, Hatam, Geise, Bendik & Grabiak, 2006). Utifrån de svårigheter som kan uppstå kan det antas att sjukvårdspersonalen emotionellt påverkas. Den emotionella upplevelsen antas påverka omvårdnadssituationen beroende på sjukvårdspersonalens olika reaktioner.

En generell medvetenhet finns om att den första vårdkontakten har betydelse (McCann et al. 2005). Hur sjukvårdpersonal på en akutmottagning utför omvårdnad av patienter som kommer in för självskadebeteende kan vara avgörande för hur vårdtiden blir för både patient och sjukvårdpersonal (McCann et al. 2005). Om sjukvårdspersonalen upplever att vårdmötet blir otillräckligt kan det bli en negativ upplevelse för henne/honom? Rimligen kan tänkas att det därför är viktigt att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelse av den här sortens vårdmöte

4. SYFTE

Syftet är att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnaden av patienter med självskadebeteende på en akutmottagning.

5. METOD

Systematisk litteraturstudie är metoden som använts och innebär att ett specifikt område beskrivs utifrån tidigare forskning. Genom att utföra en djupgående analys på både kvantitativ och kvalitativ forskning kan det aktuella forskningsläget fastställas (Friberg, 2006).

5.1. Urvalskriterier

Inklusionskriterierna var sjukvårdpersonal arbetandes på en akutmottagning. Inkluderade artiklar var skrivna på engelska samt var peer-reviewed och vetenskapliga. Ingen åldersbegränsning på artiklarna tillämpades. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades för att få en djupare förståelse för ämnet. Vi valde att titta generellt på självskadebeteende utan att gå in på artiklar specificerade på en särskild diagnos. Ett exklusionskriterie som valdes att ha med i litteraturstudien var begreppet suicid, då artikelsökningarna resulterade i artiklar som fokuserade på just begreppet suicid. I de artiklar vilka endast delvis tar upp självskadebeteende, exkluderades det perspektiv som inte motsvarar litteraturstudiens syfte. Exklusionskriterie var även artiklar, eller delar av artiklar, med fokus på den psykiatriska instansen och dess sjukvårdspersonal. Endast den del i artiklarna som motsvarade syftet blev analyserad.

5.2. Sökningsförfarande och urval

Litteraturstudien inleddes med att välja lämpliga sökord i relation till studiens syfte och problemformulering Sökningarna utfördes i databaserna Cinahl, PubMed, SweMed+, Swepub och Psychinfo. Endast i Cinahl och PubMed resulterade det i relevanta artiklar, vilka inkluderades i litteraturstudien (tabell 1 & 2). Databasernas olika rekommenderade mesh-termer användes för att få bästa utfall i sökningarna. Valda sökord var *attitude of health personnel, emergency nursing, self-injurious behavior, emergency service och emergency medical services* först var för sig och sedan i olika kombinationer. Genom att söka i ett flertal databaser kom vi fram till den kombination av sökord, vilka valdes att användas genomgående i litteratursökningen. Artikelsökningarna utfördes först var för sig författarna sinsemellan, för att sedan tillsammans diskutera och jämföra resultaten och sedan bestämma oss för de slutgiltiga sökkombinationerna.

Titlarna granskades via Ulrichsweb (Serials solutions, 2010) för att kontrollera tidsskrifternas vetenskapliga kvalitet. Därefter studerades abstracten utifrån de titlar som verkade lämpliga

för att ytterligare kontrollera de artiklar vilka ansågs användbara för studien. Av de abstract som ansågs passande, lästes åtta artiklar i fulltext. Av de åtta exkluderades två stycken då dessa artiklar hade andra syften är det vi eftersträvade. Vissa artiklar gav resultat i ett flertal olika kombinationer av sökord vilket framkommer i sökningstabellerna. En artikel gav resultat i både PubMed och Cinahl (tabell 1 & 2). Manuella sökningar utfördes även utifrån de redan valda artiklarna. Genom en genomgång av referenslistorna i de valda artiklarna kunde ytterligare artiklar identifieras utifrån relevant titel. Sökningar på de manuellt framkomna titlarna utfördes i Cinahl och PubMed, för att kontrollera abstract och innehåll för en eventuell applicerbarhet i litteraturstudien. Fyra stycken artiklar ansågs lämpliga vilka numrerades efter ordning i artikelmatrisen för manuellt sökta artiklar (bilaga 1). Totalt elva stycken artiklar granskades.

Tabell 1. Sökmotor: Cinahl. Sökningen genomfördes 110120-110131

Nr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa i fulltext	Inkluderade studier (nummer i artikelmatrisen)
1.	Attitude of health personnel	14405	-	-	-	-
2.	Self-injurious behavior	975	-	-	-	-
3.	Emergency nursing	8819	-	-	-	-
4.	Emergency service	19266	-	-	-	-
	1 AND 2 AND 3	4	4	4	1	-
	1 AND 2 AND 4	7	7	4	2	1, 3

Tabell 2. Sökmotor: PubMed. Sökningen genomfördes 110120-110126

Nr	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa i fulltext	Inkluderade studier (nummer i artikelmatrisen)
1.	Attitude of health personnel	103915	-	-	-	-
2.	Self-injurious behavior	46137	-	-	-	-
3.	Emergency nursing	12663	-	-	-	-
4.	Emergency medical services	81218	-	-	-	-
	1 AND 2 AND 3	32	32	19	5	5, 6, 7, 8
	1 AND 2 AND 4	60	60	23	5	3, 5, 7, 8

5.3. Kvalitetsgranskning

I granskningen av artiklarna valdes granskningsmallarna från Forsberg och Wengström (2008) som utgångspunkt (bilaga 3 & 4). Efter att grundligt läst igenom artiklarna, delades de upp i grupper beroende på om artikeln var kvantitativ eller kvalitativ och därefter valdes granskningsmall utefter påvisad metod. Efter att ha granskat varje artikel fördes diskussion om kvalitetsnivån utifrån Forsberg och Wengströms (2008) värderingssystem genom att bedöma en artikels kvalitet; låg, medel eller hög. Ett kvalitetskriterie författarna hade inför artikelgranskningen var medel eller hög kvalitet. För att försäkra oss om artiklarnas tillräckliga kvalitet valdes sen också att poängsätta frågorna i granskningsmallarna (bilaga 3 & 4). Ett eget rankningssystem utformades för att bedöma artiklarnas kvalitet. I den kvantitativa granskningsmallen valde vi att sätta högre poäng på de frågor som ansågs vara viktiga för artiklarnas slutgiltiga kvalitet. Två poäng gavs för frågor fokuserade på urval, varvid randomiserat urval värderades högre. Två poäng gavs även för diskuterad reliabilitet, validitet, generaliserbarhet och representativitet. På övriga frågor gavs ett poäng för svaret ja eller ett tydligt svar på frågan. I den kvalitativa granskningen valdes även här att sätta högre poäng på de frågor vi värderade vara viktiga i förhållande till kvalitet. Två poäng gavs för beskriven metod samt frågor fokuserade på trovärdighet, pålitlighet och stabilitet och överrensstämmelse.

Av de granskade kvantitativa artiklarna ansågs två ha hög kvalitet, sex ha medel kvalitet och en artikel visades ligga på gränsen mellan låg och medel kvalitet. Under granskningen av artikeln med låg/medel kvalitet upptäcktes ett uttalat fokus på suicid och inte självskadebeteende, vilket gjorde att artikeln av McCann, Clark, McConnachie och Harvey (2005) exkluderades. Av de granskade kvalitativa artiklarna ansågs en ha hög kvalitet och en ha medel kvalitet. Antalet artiklar som slutligen godkändes var tio stycken (bilaga 2). Åtta artiklar fokuserar enbart på sjuksköterskans perspektiv, en på både sjuksköterskans och läkarens perspektiv. En artikel fokuserar enbart på läkarens perspektiv.

5.4. Analys

Analysmetoden vi valt är inspirerad av Lundman och Hällgen Graneheims (2008) kvalitativa innehållsanalys. Det centrala i en innehållsanaly är att urskilja olikheter och pariteter för att kunna redogöra för variationer i texten. I innehållsanalysen förekommer tolkning där kontexten är avgörande för de kategorier som sedan ska bildas. En text är beroende av sitt sammanhang och måste ses till sin helhet.

Arbetsprocessen kan liknas vid en successiv förändring där helhet blir delar som sedan skapas till en ny helhet, där helheten kännetecknar valda artiklar (Friberg, 2006). Analysen inleddes med att grundligt läsa varje artikels resultat för att hitta återkommande begrepp vilka överrensstämde med artiklarnas innehåll samt var applicerbara på studiens syfte. De återkommande begreppen grupperades efter innebörd och gavs en övergripande titel. Åtta kategorier konstruerades sedan utifrån titlarna, som möjlig grund till resultatet. För att stärka kategorierna bearbetades texterna igen, genom att meningsenheter hämtades och översattes gemensamt från engelska till svenska. Därefter delades artiklarna upp mellan författarna och kondensering, kodning och underkategorier skapades enskilt. För att stödja valda underkategorier kontrollerades de tillsammans av författarna. Utifrån underkategorierna skapades sedan kategorier. Efter en genomgång av dessa kategorier insåg vi att en omarbetning och ytterligare analys var nödvändig för att uppnå en tydligare kategorisering. Underkategorierna omarbetades därför och en mer utförlig gruppering av dessa underkategorier utfördes. Därefter framkom åtta nya kategorier som ligger till grund för litteraturstudiens resultat. Nedanför ses ett exempel på arbetsprocessen (Se tabell 4).

Tabell.4.

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Den fysiska behandlingen som erbjöds kändes meningslös… läkarnas oro verkade öka av känslor av att ge något av sig själva som de inte kunde erbjuda.	Fysiska behandlingen kändes meningslös. Kände att de var tvungna att ge något som de inte kunde.	Insatsen kändes meningslös	Okunnighet	Oförmåga hos sjukvårdspersonalen
En del tyckte inte att det fanns något sätt att hjälpa dem att lösa några av de problem patienter med självskadebetee-nde har.	Det fanns inga sätt att hjälpa dem att lösa sina problem	Hopplöshet i situationen	Okompetens	
Jag tycker att det är en väldigt tillfredsställand-e konsultation, vanligtvis är det väldigt enkelt att göra stora skillnader i någons liv som har skadat sig själv.	Enkelt att göra stora skillnader i individens liv då denne skadat sig själv.	Förhoppnin-gar om förändring	Hoppfullhet	Omsorgsfullhet
Självskadebetee -nde kan vara konstruktivt	Det kan vara konstruktivt att skada sig själv	Befogat beteende	Förståelse	

6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetiska överväganden innebär att det är viktigt att studien blivit godkänd av en etisk kommitté som måste godkänna både urval och resultat. Oavsett resultat måste all fakta presenteras även om den inte stärker författarens hypotes. All fakta måste presenteras för att nå så hög kvalitet som möjligt, på bedriven forskning (Forsberg & Wengström, 2008).

Utav tio artiklar har fem en utskriven del om etisk granskning där de blivit godkända. Kontakt har tagits med författare och tidskrifter från övriga fem artiklar. Svar har erhållits från tre artiklar vilka var etiskt granskade och godkända. Övriga två artiklar där svar inte erhållits angående etisk granskning, inkluderades ändå i studien.

Författarna har försökt att inte låta sin egen förförståelse påverka litteraturstudiens slutliga resultat. Allt relevant material har inkluderats, utifrån författarnas uppfattning.

7. RESULTAT

De åtta kategorier som har lyfts fram under analysen och utgör grunden till resultatet är; *oförmåga hos sjukvårdspersonalen, omsorgsfullhet, oförståelse för patienten, förväntningar på professionen, kompetens* med underrubrikerna *reell och formell kompetens, genus och livslängdens betydelse, kommunikationens betydelse samt organisationens betydelse.*

7.1. Oförmåga hos sjukvårdspersonalen

De flesta av sjukvårdspersonalen upplevde en meningslöshet kring omvårdnaden av självskadebeteende patienter (McAllister, Creedy, Moyle & Farrugia, 2002a; Hadfield, Brown, Pembroke & Hayward, 2009). Upplevelsen bidrog i sin tur till en känsla av otillräcklighet och uppgivenhet hos sjukvårdspersonalen (Hadfield et al. 2009). Då tillfredsställelse i vårdandet av patientgruppen inte uppnåddes infann sig en känsla av meningslöshet. (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). Hanteringen av patienter med självskadebeteende ansågs framkalla ångest hos sjukvårdspersonalen (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001).

Frustration och rädsla utlöstes då de grundprinciper sjukvårdpersonalen normalt sett arbetar efter ansågs vara omöjliga att uppnå. En grundprincip var förmågan att hjälpa patienten i sin situation (Hadfield et al. 2009). Sjukvårdspersonalen upplevde sig ibland inte tillräckligt kompetenta vilket uttrycktes genom frustration (Slaven & Kisely, 2002). Frustrationen kunde avspeglas genom den begränsning i professionen som uppstod och då överlämnande till andra professioner blev aktuell, till exempel till den psykiatriska instansen (Hadfield et al. 2009). Även otillräcklighet vid omvårdnaden kunde upplevas då sjukvårdspersonalen inte kände sig kompetent. (McAllister et al. 2002a). Sjukvårdspersonalen beskrev också att generella behandlingsmetoder inte hade någon effekt vilket ledde till en hopplöshet (McAllister et al. 2002a; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Sjukvårdspersonalen kände en sorg över att

vara otillräckliga i sin profession (Hadfield et al. 2009; Friedman, Newton, Coggan, Hooley, Patel, Pickard & Mitchell, 2005). Då en känsla av otillräcklighet uppträdde vid omvårdnaden bidrog det till osäkerhet hos sjukvårdspersonalen (Friedman et al. 2005), vilket även visade sig då oförståelse för beteendet fanns (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). Osäkerhet visade sig i handhavandet av det som ansågs vara manipulativa patienter (Hadfield et al. 2009).

Det förekom tillfällen då sjukvårdspersonalen upplevde att de misslyckats med patienterna då de frekvent återkom till akutmottagningen (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Sjukvårdspersonalen upplevde då en meningslöshet kring vården (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Meningslösheten kunde göra att sjukvårdspersonalen kände en maktlöshet vilket gjorde att en del valde att inte involvera sig i omvårdnadssituationen (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Istället distanserade de sig i mötet med patienterna (Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Genom distansering mot involverade känslor skapades ett sorts skydd för sjukvårdspersonalen på grund av den osäkerhet som uppstått (Slaven & Kisely, 2002).

I mötet med den känslomässiga delen av omvårdnaden upplevde sjukvårdspersonalen en osäkerhet i professionen. Den primära vården handlade generellt sett om vård av den kroppsliga aspekten (Hadfield et al. 2009). I hanteringen av den emotionella delen låg också en osäkerhet i att avgöra om det förelåg någon suicidal intention. Det uttrycktes en oro då sjukvårdspersonalen menade att en eventuell inläggning på sjukhuset skulle kunna gynna självskadebeteendet (Slaven & Kisely, 2002).

7.2. Omsorgsfullhet

Ett engagemang hos sjukvårdspersonalen skapade ett behov av att bistå patienten i sin situation kring självskadebeteendet (McAllister et al. 2002a). En liten del av sjukvårdspersonalen engagerade sig och ville vara till nytta för patienten (Friedman et al. 2005) Omvårdnaden av patientgruppen upplevdes då meningsfull (McAllister et al. 2002a; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). I handhavandet av omvårdnadssituationer upplevdes också trygghet hos sjukvårdspersonalen (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Det visade sig även att sjukvårdspersonalen använde sig av en humanistisk människosyn för att betrakta patienterna som en helhet. Vidare påvisades vikten av acceptans av patientgruppen (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Genom omsorgskänsla uppstod sympatiska attityder (Hadfield et al. 2009). Om sjukvårdspersonalen hade en positiv attityd ökade viljan att hjälpa patienterna

(MacKay & Barrowclough, 2005). Hjälpsamheten utvecklades då tron om att orsaken till självskadebeteendet kunde vara att patienten ville bli sedd (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). När patienterna visade att de var i behov av hjälp och bekräftelse, upplevde sjukvårdspersonalen också medlidande. Vidare beskrivs att när sjukvårdspersonalen kände sig behövd uppträdde en meningsfullhet kring omvårdnaden och arbetet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

Säkerhet hos sjukvårdspersonalen upplevdes vid handhavandet av patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002a). Det fanns en vilja om att ingen patient borde förbises av sjukvårdssystemet. Genom att se alla patienter med självskadebeteende med risk för suicid, samt ange en psykisk diagnos på patienten förde det också med sig säkerhet för sjukvårdspersonalen (Friedman et al. 2005).

Sjukvårdspersonalen upplevde sig vara empatisk i handhavandet av patientgruppen vilket ingav en meningsfullhet i arbetet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Medlidande infann sig även då sjukvårdspersonalen involverade sig i omvårdnaden av patienten (Patterson, Whittington & Bogg, 2007) och det uttalades även en välvilja kring omvårdnaden (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Det visade sig att det fanns ett samband mellan medlidande och omsorg där faktorerna var beroende av varandra. Då medlidande var centralt infann sig en känsla av omsorg och tvärtom då omsorg var centralt, uppstod medlidande hos sjukvårdspersonalen (Friedman et al. 2005). Sjukvårdspersonalen kände också empati, visad lyhördhet samt en välvilja genom att prioritera patienterna högt vid triagering (Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

När patienten inte kunde kontrollera situationen denne befann sig i ökade den sympatiska affekten hos sjukvårdspersonalen (MacKay & Barrowclough, 2005). Sjukvårdspersonalen kunde även visa en förståelse för patientens situation genom att bedöma självskadehandlingen som befogad, då beteendet kunde verka skyddande för patienten. Genom självskadehandlingarna bemästrade patienterna sin livssituation (Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

När sjukvårdspersonalen kände sig användbara och säkra i sin profession medförde det en känsla av att vara trygg och betydelsefull i yrkesrollen (Friedman et al. 2005). Om upplevelsen fanns att de hade möjlighet att åstadkomma en förändring hos patienten medförde det en känsla av hoppfullhet (Hadfield et al. 2009). Det påvisades att god självkänsla är viktigt

för att känna trygghet (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Det visades även att sjukvårdspersonalens tillit till sig själv påverkades av självkänslan (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Självförtroendet måste vara konstant för att upplevelsen av stabilitet skulle nås (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009).

7.3. Oförståelse för patienten

Det beskrevs att generellt sett var personalen fördömande och nonchalant gentemot patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002; MacKay & Barrowclough, 2005; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Den här nonchalansen uttrycktes även då det ansågs att patienten bara har sig själv att skylla i sin situation (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Genom den nonchalanta inställningen lade sjukvårdspersonalen ifrån sig sitt professionella ansvar (Hadfield et al. 2009).

Sjukvårdspersonalen ansåg att patienterna var oförtjänta av vård (Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). En maktkänsla hos sjukvårdspersonalen medförde en syn på att patienterna måste lära sig av sina misstag (Hadfield et al. 2009). Maktkänslan visades även genom att behandlingar genomfördes på ett avskräckande sätt, genom att exempelvis som sjukvårdspersonal vara lite mer hårdhänt än vad som egentligen krävdes (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998).

Det fanns en upplevelse hos sjukvårdspersonalen om att det för patienten fanns andra alternativ till beteendet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007) och patientens hantering av ångest skedde på fel sätt (McAllister et al. 2002a). En negativitet upplevdes hos många i sjukvårdspersonalen då självskadebeteendet ansågs vara meningslöst (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Vid upprepade självskadehandlingar då patienterna gång på gång återkom till akutmottagningen upplevde personalen ilska (Hadfield et al. 2009). Orsaken bakom självskadebeteendet ansågs vara oacceptabel (Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Även då beteendet kunde bero på en vilja att enbart bli sedd skapades irritation hos sjukvårdspersonalen (McAllister et al. 2002a). När patienterna upplevdes ha kontroll över sitt beteende och orsakerna bakom kände sjukvårdspersonalen ilska i det (MacKay & Barrowclough, 2005). Då patienterna ansågs utnyttja systemet väcktes också ilska (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998; Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007; Slaven & Kisely, 2002).

Sjukvårdspersonalen upplevde frustration och ilska då de ansåg att tiden kunde prioriteras annorlunda än med patienter med självskadebeteende (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998; McAllister et al. 2002a; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Frustration skapades även när personalen upplevde att för mycket tid spenderades på patienterna (McAllister et al. 2002; Slaven & Kisely, 2002).

Maktlöshet hos sjukvårdspersonalen kunde bero på att krav ställdes från patienterna (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Genom de krav som ställdes uppstod hjälplöshet vilket medförde en känsla av frustration (Friedman et al. 2005). Då en uttalad hjälplöshet fanns hos patienterna infann sig ambivalens hos sjukvårdspersonalen, då de dels kände sig besvärade av situationen och dels upplevde en plikt att hjälpa (Hadfield et al. 2009).

Generalisering av självskadebeteende patienter borde inte vara genomförbar, men det förekom ändå i en viss grad genom att beteendet ofta bagatelliserades (Hadfield et al. 2009). Sjukvårdspersonalens upplevelse var att om viljan till suicid fanns hos patienterna, skulle en självmordshandling genomföras (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998).

En del i personalgruppen på akutmottagningen ansåg att en viss diskriminering förekom gentemot patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002a). Diskriminering förekom då alla patienter inte behandlades lika, speciellt då patienten var frekvent besökare eller då skadan inte var medicinskt allvarlig. De patienter som betraktades vara frekventa besökare på akutmottagningen, fick inte lika grundlig undersökning som förstagångsbesökare. Diskrimineringen kunde även påvisa att en del faktorer kunde öka sannolikheten för en eventuell inläggning. Faktorerna kunde bestå av psykiska, fysiska och sociala hinder exempelvis mentala problem eller om patienten levde i en stressfull miljö (Slaven & Kisely, 2002).

7.4. Förväntningar på professionen

Sjukvårdspersonalen skulle sträva efter att arbeta efter en humanistisk människosyn där fokus borde ligga på individen och inte på beteendet. Det beskrevs en strävan av att ha full acceptans av patienten och inte vara fördömande (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Krav inom professionen skapade en känsla av ansvar hos sjukvårdspersonalen. För att hjälpa patienterna att må bättre (Hadfield et al. 2009) och ha full insikt i patientens situation krävdes uppmärksamhet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Sjukvårdspersonalen kände också ett

ansvar gentemot patienterna genom att de upplevde en plikt att avbryta det pågående självskadebeteendet (Hadfield et al. 2009).

Inom professionen fanns förväntningar på sjukvårdspersonalen vilka underströk vikten av att arbeta effektivt och inte involvera sina egna känslor (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). För att nå god självinsikt var det viktigt för personalen att veta sin professions begränsning (McAllister et al. 2002a).

7.5. Kompetens

Här nedan presenteras resultatet uppdelat under underkategorierna *formell kompetens* och *reell kompetens*.

7.5.1. Formell kompetens

Trygghet infann sig hos sjukvårdspersonalen som upplevde sig ha tillräcklig kompetens inom ämnet (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998; Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001; McAllister et al. 2002a).

Det visade sig att utbildning inom ämnet självskadebeteende ökade sjukvårdspersonalens kunskaper (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001; McAllister et al. 2002a). Sjukvårdspersonalen var även positivt inställda till fortbildning inom området (Friedman et al. 2005; McCarthy, L & Gijbels, H, 2009) och var ivriga att nå mer kunskap inom ämnet (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). Fortbildning hade en stärkande effekt på sjukvårdspersonalen (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). En del av personalstyrkan upplevde en trygghet i den mängd utbildning som de fått (MacKay & Barrowclough, 2005). Det visade sig att upplevd trygghet ökade förståelsen för patienterna (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Negativa känslor vilka kunde erfaras i situationer med patienter med självskadebeteende kunde också reduceras (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Många upplevde en osäkerhet då de ansåg att de inte fått tillräckligt med utbildning (McAllister, Creedy, Moyle, Farrugia, 2002b). Osäkerheten kunde bero på att sjukvårdspersonalen upplevde okunskap då de ansåg att patienter med självskadebeteende var i behov av specialistutbildad sjukvårdspersonal och den sortens kompetens fanns inte på akutmottagningen (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998).

Det fanns ambivalens angående utbildningen inom professionen, där de med högre utbildning generellt sett var nöjda (MacKay & Barrowclough, 2005). Just högre utbildning visade sig

gynna hanteringen av patienter med självskadebeteende. Den sjukvårdspersonal med högre utbildning upplevde också mer stöd från de riktlinjer som finns på avdelningen (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Men det har även visat sig att en del sjukvårdspersonal uttryckte mer negativitet kring patientgruppen (MacKay & Barrowclough, 2005).

7.5.2. Reell kompetens

Erfarenhet stärkte sjukvårdspersonalen i sitt arbete (Hadfield et al. 2009: McAllister et al. 2002a) och var gynnsamt i den bemärkelsen att patienterna betraktades med respekt för en eventuell diagnos (Friedman et al. 2005). Då sjukvårdspersonalen hade erfarenhet och arbetade efter sin instinktiva uppfattning om patienterna, skapades en trygghet (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Många hade både tidigare och personlig erfarenhet av självskadebeteende vilket ingav trygghet (McAllister et al. 2002b). Det visade sig att ju längre erfarenhet sjukvårdspersonalen hade, desto mer ökade den upplevda optimismen hos dem (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009).

När sjukvårdspersonalen upplevde att de hade kompetens vid triagering infann sig trygghet. Trygghet kunde även nås då personalen hade erfarenhet av en viss patient. Det visade sig därför att erfarenhet kunde vara av värde vid triagering (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001).

Sjukvårdspersonalen upplevde trygghet i omvårdnaden samt i de beslut som fattades kring patienterna (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001; McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). När sjukvårdspersonalen kände sig användbara och säkra i sin profession medförde det en känsla av att vara trygg och betydelsefull (Friedman et al. 2005). Betydelsefullhet upplevdes också när sjukvårdspersonalen upplevde kompetens under samtal med patienter (McAllister et al. 2002a).

Längre erfarenhet ökade den pessimistiska attityden hos sjukvårdspersonalen (Friedman et al. 2005; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). När längden på erfarenheten ökade, minskade graden av upplevd kompetens och nonchalansen gentemot patienterna ökade. Nonchalans uttrycktes specifikt då det ansågs att patienterna inte var i behov av en psykisk diagnos (Friedman et al. 2005). Den sjukvårdspersonal med väldigt liten erfarenhet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007) och de med ganska mycket erfarenhet upplevde negativitet i yrket (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Men det visades

även på att längden på erfarenhet inte hade någon påverkan på vilka känslor sjukvårdspersonalen upplevde (McAllister et al. 2002a).

7.6. Genus och livslängdens betydelse av omvårdnad

En ökad ålder hos sjukvårdspersonalen indikerade på mer livserfarenhet vilket ingav en ökad empatisk förmåga (Mackay & Barrowclough, 2005). En högre ålder var också gynnsam på det sätt att arbetet med patienterna fungerade mer fortlöpande. Studien visade också på att åldern 41-50 år hos sjukvårdspersonalen var gynnsam i arbetet med självskadebeteende patienter (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009).

Män uttryckte mer negativitet än kvinnor i mötet med patienter med självskadebeteende samt en minskad hjälpsamhet och empatisk förmåga (MacKay & Barrowclough, 2005). Det visade sig också i en del fall att kvinnor hade en negativare inställning till patienterna än vad män hade i en omvårdnadssituation (Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

7.7. Kommunikationens betydelse

Sjukvårdspersonalen upplevde trygghet i kommunikationen med patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002a). Tillit fanns vilket åstadkoms genom att lyssna till sig själv och sin omgivning. Genom att ta stöd från kollegor skapades en trygghet (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001).

Det upplevdes finnas ett otillgängligt samarbete och en bristfällig kommunikation mellan akutmottagningen och den psykiatriska vården, vilket resulterade i frustration (Hadfield et al. 2009; Slaven & Kisely, 2002). Men det visade sig även även finnas en säkerhet i hur kommunikationen mellan instanserna fungerade vilket ingav en trygghet hos sjukvårdspersonalen (McAllister et al. 2002a; McAllister et al. 2002b).

En osäkerhet kunde uppstå hos sjukvårdspersonalen då samordning och ansvarsfördelning av patienterna med självskadebeteende var oklar. Ambivalens uppstod då det ansågs svårt att avgöra om den psykiatriska professionen skulle involveras i patientvården eller ej, då påvisade brister i kommunikation upplevdes (Slaven & Kisely, 2002). Kommunikationsbrist beskrevs då det upplevdes att sjukvårdspersonalen inom den psykiatriska vården var mer nonchalanta gentemot patienternas eventuella behandling än personalen på en akutmottagning. En oenighet skapades sinsemellan de två professionerna (Hadfield et al. 2009).

7.8. Organisationens betydelse

Genom stöd från riktlinjer på arbetsplatsen ansågs en god säkerhet och trygghet uppnås, genom att det hjälpte sjukvårdspersonalen att genomföra en kvalitetssäker behandling (Hadfield et al. 2009; Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001; McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Riktlinjerna användes också för att sjukvårdspersonalens upplevda känslor inte skulle påverka utfallet (Hadfield et al. 2009). Sjukvårdspersonalen upplevdes vara beroende av att externa faktorer så som riktlinjer och erfarenhet av en viss patient påverkade utfallet vilket ingav trygghet. Genom att utnyttja tillgänglig information, bland annat från anhöriga och relevanta instrument, skapades också trygghet vid triagering. Detta upplevdes fungera som stöd för sjukvårdspersonalen (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001).

Sjukvårdspersonalen upplevde ilska då sjukhuset som en organisation med regler och riktlinjer, begränsade deras profession genom att förhindra produktivt arbete istället för att vara ett stöd. Sjukvårdspersonalen var besvikna då de ansåg att deras arbete inte uppskattades av organisationen. Frustration upplevdes också då sjukvårdspersonalen ansåg att det fanns brister i systemet. En oro fanns för att behandling istället för att bota, skulle gynna patientens beteende (McAllister et al. 2002a). Sjukvårdspersonalen var frustrerad då de ansåg att de inte heller kunde påverka organisationen kring situationen (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001). Det ansågs att en avsaknad av tydliga riktlinjer fanns på arbetsplatsen vilket ledde till en osäkerhet (McAllister et al. 2002b; Slaven & Kisely, 2002). På de arbetsplatser där ändå riktlinjer fanns var dessa otillräckliga. Det saknades bland annat adekvata instrument för att upptäcka tecken på självskadebeteende, vilket orsakade en osäker sjukvårdspersonal och ansågs vara en brist i sjukvårdssystemet (McAllister et al. 2002b).

I omvårdnadsarbetet kring patienter med självskadebeteende upplevdes det finnas brister vilket skapade en otrygghet. Samordningen kring patienterna ansågs inte vara konsekvent vilket resulterade i en osäkerhet (Slaven & Kisely, 2002). Det fanns brister i kommunikationen på organisationsnivå mellan olika instanser, där den psykiatriska vården var inblandad. Bristerna orsakade frustration då det saknades en närvaro och ett stöd från den psykiatriska instansen. Hur organisationen kring omvårdnaden av patienter med självskadebeteende såg ut, hade effekt på graden av stöd sjukvårdspersonalen upplevde. Fungerade organisationen på ett bra sätt ingav det trygghet hos sjukvårdspersonalen (Slaven & Kisely, 2002).

8. DISKUSSION

Här diskuteras metod samt förs resonemang kring resultatet som även kopplas till vald omvårdnadsteori. Dessutom diskuteras trovärdighet och vidare forskning.

8.1. Metoddiskussion

Metoddiskussionen har valts att delas upp i olika underkategorier för att kunna följa arbetsprocessen.

8.1.1. Urval och sökningsförfarande

I valet av sökord diskuterades huruvida fokus skulle läggas specifikt på enbart sjuksköterskeperspektivet eller om sjukvårdspersonalens perspektiv skulle användas för att bredda sökresultatet. På grund av det snäva utbudet av artiklar och på att en mer generell upplevelse av omvårdnad eftersträvades valdes därför sjukvårdspersonalens perspektiv. I studien valdes också att söka generellt på självskadebeteende utan att specifikt gå in på någon särskild diagnos. Genom att fokusera enbart på självskadebeteendet kunde involvering av annan problematik undvikas. Upptäckten av att det saknades en mesh-term för begreppet upplevelse gjorde att vi istället valde att använda attityd som sökord, på engelska attitude. Begreppet attityd valdes att ses som en synonym till upplevelse då begreppet upplevelse använts i studiens syfte. Vi menar att upplevelse är ett ord som är mer talande än attityd. Under sökningsförfarandet upptäcktes tidigt att forskningen var begränsad inom området. Det innebar även en eventuell begränsning i litteraturstudien då valmöjligheten av artiklar inte var så stor som önskat. Därför inkluderades de artiklar som i sökningarna motsvarade litteraturstudiens syfte, oavsett kvalitet.

Anledningen till att vi inte valt att ha någon begränsning gällande vilket år artiklarna publicerades var att inom området fanns begränsad forskning. Hade det valts det tidsintervall Forsberg och Wengström (2008) menar är lämplig, högst fem år, hade antalet artiklar reducerats markant, varav inget tidsintervall valdes. Det kan tänkas att artiklar hade gått förlorade samt att de inkluderade artiklarna ändå är de mest aktuella inom forskningsområdet. Intervallet mellan artiklarnas publiceringsår är 1997-2009, vilket gjorde att en insikt uppnåddes om att äldre forskning inte fanns att tillgå. Vi valde att inte ha några inklusionskriterier angående kön, ålder, land och kultur eftersom det skulle begränsa antalet artiklar ytterligare.

Trots använda mesh-termer, i sökningarna, med fokus på det valda problemområdet, resulterade det ändå i artiklar som frångick ämnet med begrepp så som suicid. En exklusion av begreppet suicid och psykiatrisk vård gjordes för att dessa begrepp inte var relevanta till syftet. Anledningen var att en stor del av artiklarna enbart fokuserade på suicid, då författarna till artiklarna många gånger definierade suicid som ett självskadebeteende. En del av de inkluderade artiklarna i litteraturstudien hade ändå med begreppet suicid. Fokus låg även på självskadebeteende vilket innebar att hade suicid exkluderats från början, hade dessa artiklar fallit bort. Psykiatrisk vård var även det ett vanligt förekommande fokus, troligen eftersom större delen av patientgruppen tillhör den psykiatriska instansen.

En fråga som diskuterades är orsaken till antalet inkluderade manuella artiklar i förhållande till antalet artiklar vi fått fram under de strategiska sökningarna. Det resonerades om varför de manuella artiklarna inte kommit upp i sökningarna då artiklarna stämde väl överrens med syftet. Något som kan ha begränsat utfallet i de manuella sökningarna är att ingen systematisk genomgång av referenslistorna utfördes. Utifrån innehållet i artiklarna hittades relevanta referenser vilka sedan togs med i studien.

Då sökningar resulterar i ett snävt antal artiklar kan orsaker som fel sökord, felstavningar eller fel databas ligga bakom (Friberg, 2006). Under vårt sökningsförfarande har tankar kring eventuella felaktiga sökningar funnits, men vi tror ändå att den valda strategin var lämplig utifrån syfte och problemformulering. Strategin stärks då valda artiklar återkom under ett flertal olika sökningar. Vi uppmärksammade även att artiklarna återkom i referenslistorna hos de olika författarna.

8.1.2. Kvalitetsgranskning

I valet av Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmallar fanns en fundering kring om det funnits en mer lämplig mall då en modifiering utfördes för att mallarna skulle vara applicerbara. Samtidigt ansågs de vara väl tillämpbara och de tog upp frågor vilka ansågs vara relevanta för bestämmelsen av kvaliteten. För att tolka kvaliteten valdes att utifrån författarnas egen uppfattning bedöma vilken kvalitetsnivå de olika artiklarna hade; låg, medel eller hög. För att kontrollera bedömningen utvecklades ett poängsystem. Poängsystemet ansågs vara en fördel då kvaliteten kontrollerades av två olika metoder. Nackdelen med detta kan dock ha varit att poängsystemet skapades av oss författare, vilket innebär att det inte kan utesluta att egna värderingar påverkade.

8.1.3. Analys

Den inledande fasen utgjordes av en överblick över återkommande begrepp i artiklarna, vilket gav oss en lättare förståelse för gemensamma nämnare. En indelning av begreppen gjordes utefter de gemensamma nämnarna. Nackdelen med indelningen var att rubriker skapades som sedan var svåra att frångå. Därför fick vi senare göra en omarbetning av vissa kategorier då vi upptäckte brister i indelningarna. Omarbetning ledde sedan till tydligare resultat. Något som stärkte analysen var att vi valde att dela upp artiklarna mellan oss för att sedan jämföra varandras analysresultat. Endast några få kompromisser krävdes.

Trots en stor del kvantitativa artiklar, användes en kvalitativ innehållsanalys. En medvetenhet fanns om svårigheterna detta medförde då tolkningen av artiklarna kunde försvåras i och med abstrahering av texten. Trots denna medvetenhet valdes den kvalitativa innehållsanalysen då en mer lämplig analysmetod inte fanns att tillgå. Ett annat dilemma var huruvida tolkningen utfördes på rätt sätt samt om vi abstraherade texten för mycket.

8.2. Resultatdiskussion

Studiens syfte är att beskriva sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnaden av patienter med självskadebeteende på en akutmottagning. Under resultatdiskussionen diskuteras de primära fynd vilka framkom i resultatet. Resultatet visar att uttalade känslor hos sjukvårdspersonalen i mötet med patienter med självskadebeteende är oförmåga hos sjukvårdspersonalen, omsorgsfullhet och oförståelse för patienten. Det framkommer även att upplevelsen av kompetens samt de förväntningar som finns, inverkar på sjukvårdspersonalens känslor.

8.2.1. Oförmåga hos sjukvårdspersonalen

Generellt sätt upplevs hos sjukvårdspersonalen meningslöshet och maktlöshet i mötet med patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002a; Hadfield et al. 2009). Svårigheter finns för sjukvårdspersonalen när behandling av patienter med självskadebeteende inte har någon effekt. Sjukvårdspersonalen upplever då att omvårdnaden av patienterna blir otillräcklig (Hadfield et al. 2009). Orlando (1990) beskriver hur utfallet av omvårdnaden av en patient påverkar sjuksköterskans känslor, speciellt då ingen förändring till det bättre kan ses i patientens mående. Resultatet av situationen kan bli en upplevelse av att vara okompetent.

Då patienterna frekvent återkommer till akutmottagningen känner personalen sig misslyckade med tidigare vårdtillfällen (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). När misstag uppstår från sjukvårdspersonalens sida är det av vikt att ha förståelse för att det är betydelsefullt hur dessa misstag hanteras. Misstag sker och kan hända alla (Malmsteen, 2008).

Då ett möte sker mellan patient och sjuksköterska skapas en relation dem sinsemellan. Relationen utgörs av tvåvägskommunikation som under pågående vårdtid successivt utvecklas (Orlando, 1990). Under omständigheter av maktlöshet hos sjukvårdspersonalen, uppstår situationer av distansering där sjukvårdspersonalen väljer ett avståndstagande framför att involvera sig patientens situation (Patterson, Whittington & Bogg, 2007). När kommunikationen mellan patient och sjukvårdspersonal är otillräcklig kan missförstånd uppstå för involverade känslor. Det är därför av vikt att relationen bygger på tillit för att patientens behov ska uttryckas och därmed bli tillgodosedda (Orlando, 1990).

Sjukvårdspersonalen upplever osäkerhet eftersom de inte känner sig kompetenta nog att behandla den emotionella och fysiska aspekten av patienten (Hadfield et al. 2009). Genom att betrakta patienten som en helhet undviks att fokus enbart läggs på att behandla det fysiska. På så sätt kan sjuksköterskan möta hela patientens lidande (Kristoffersen & Breievne, 2005).

Genom de svårigheter med omvårdnade patienter med självskadebeteende skapas ibland ett avståndstagande för att skydda sig själv som sjukvårdspersonal (Slaven & Kisely, 2002; Hadfield et al. 2009). Distanseringen innebär att patientens behov inte blir tillgodosedda (Kristoffersen & Breievne, 2005). Maktlöshet kan bidra till negativa känslor och en försämrad relation till patienten. Precis som att patienten ibland inte kan hantera sin ångest och då stänger den ute, kan sjukvårdspersonalen distansera sig från patientens lidande. Den uteblivna involveringen kan leda till ett likgiltigt bemötande (Øverland, 2010). Genom att vara professionell kan sjukvårdspersonalen bemästra sina egna känslor utan att påverkas av patientens. Ett professionellt bemötande ska inte påverka kvaliteten på omvårdnaden (Kristoffersen & Nortvedt, 2005).

Det kan tänkas att känslor av oförmåga skapas hos sjukvårdspersonalen i mötet med patienter med självskadebeteende, då detta trots allt upplevs vara en påfrestande situation. Oavsett uppkomna känslor är det av vikt att skapa en god relation till patienten. Författarna menar att då upplevelsen av att vara otillräcklig uppstår hos sjukvårdspersonalen finns också ett ansvar

att bearbeta otillräckligheten, för att omvårdnadssituationen inte ska påverkas negativt. Bearbetning kan exempelvis ske genom stöd från medarbetare.

Författarna tror att det är av stor vikt att sjukvårdspersonalen upplever säkerhet i sin profession. Genom säkerhet minskar risken för en ogynnsam upplevelse och därmed även en psykisk påfrestning för sjukvårdspersonalen. Den psykiska påfrestningen kan bidra till att omvårdnaden av patienten blir otillräcklig. En otillräcklig omvårdnad kan trots allt leda till att patienten upplever onödigt lidande och vidare till repeterat självskadebeteende och suicid.

8.2.2. Omsorgsfullhet

På en akutmottagning där vården oftast består av korta möten är det av stor vikt att vara omsorgsfull. I omvårdnadssituationerna krävs inte alltid stora gester utan det kan räcka med små tecken på visad bekräftelse. När sjukvårdspersonalen tar sig tid för patienten även i stressade situationer uppnås bekräftelse hos patienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Genom att vara engagerad i sitt yrke kan bekräftelse uppnås på bästa sätt (McAllister et al. 2002a).

Utifrån de behov en patient har, handlar sjukvårdspersonalens professionalitet om att tillgodose behoven (Eide & Eide 2007). För att sjukvårdspersonalen ska uppnå en betydelsefullhet i sin profession krävs en önskan hos patienten att vilja bli hjälpt i sin situation (Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

Sjukvårdspersonalen upplever säkerhet kring omvårdnaden av patienter med självskadebeteende (McAllister et al. 2002a). Alla patienter förtjänar likvärdig vård (Friedman et al. 2005). Sjuksköterskan arbetar efter individuella behov och anpassar sina handlingar därefter (Orlando, 1990). Är vårdupplevelsen och omvårdnaden god för inblandade parter ökar chanserna till att sjukvårdspersonalen känner bekräftelse i sitt arbete. Bekräftelsen kan i sin tur leda till en positiv upplevelse av vården för patientens del och kan innebära en trygghet i ett eventuellt nytt vårdtillfälle. Ett fullgott bemötande från sjukvårdspersonalen på en akutmottagning kan ha positiva bestående effekter för patienten samt minska riskerna för ett upprepat självskadebeteende (McAllister, 2003).

Vid involvering i patientens omvårdnad utvecklas empati samt en omsorgsfullhet (Patterson, Whittington & Bogg, 2007;McCarthy, L & Gijbels, H, 2009). Det kan också finnas en risk

med alltför stor involvering i patientens situation då involveringen kan visa på ett behov av kontroll till sjukvårdspersonalens egen fördel (Malmsteen, 2008).

Då personalen upplever att orsaken bakom beteendet inte är kontrollerad hos patienten bidrar det till ökade sympatier (MacKay & Barrowclough, 2005). En av omvårdnadens grundstenar är att se patienten för att kunna tillgodose dennes behov. Vid en oförmåga hos patienten är det sjuksköterskans ansvar att träda in som tillfällig förmyndare. Däremot är det av vikt att sjuksköterskan inte hindrar patienten från att utföra det individen kan utföra självständigt (Orlando, 1990). Sjukvårdspersonalen måste inneha en medvetenhet om att det patienten upplever skiljer sig från det sjukvårdspersonalen upplever (Birkler, 2007).

Det kan antas att första mötet rimligen är av betydelse för både sjukvårdspersonal och patient. Beroende på kvaliteten på mötet påverkar det hur den fortsatta vården blir för patienten. Då en bristande inställning finns hos någon part, tror författarna att det även bidrar till en bristande relation. När relationen inte är fungerande antas det att en förändring hos patientens beteende blir försvårad.

8.2.3. Oförståelse för patienten

Sjukvårdspersonalens känslor påverkas av orsakerna bakom självskadebeteendet (Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Ett antagande finns om att det måste finnas alternativa sätt för patienten att hantera sin ångest (Patterson, Whittington & Bogg, 2007; McAllister et al. 2002a). Sjukvårdspersonal på en akutmottagning upplever ofta patientens inre kamp (Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis & Tatarelli, 2005). Samspelet mellan patient och sjukvårdspersonal är inte fungerande när patientens beteende motverkar sjukvårdspersonalens arbete. Det kan handla om patienter som inte samarbetar eller ställer orimliga krav vilket kan leda till ett ogillande hos sjukvårdspersonalen. Den här typen av situation påverkar i sin tur det arbete sjukvårdspersonalen utför, då beteendet upplevs vara orimligt (Orlando, 1990). Relationen mellan patient och sjukvårdspersonal är unik på så sätt att den många gånger är ovan för patienten. När situationen är ovan kan det innebära svårigheter för patienten, då det kan ta tid att vänja sig vid den och till fullo acceptera den (Øverland, 2010).

Acceptans kan förekomma hos patienten oavsett sjuksköterskans beteende och inställning till patienten. Sjuksköterskans beteende behöver inte vara gynnande för patienten och inte heller för sjuksköterskan då hon brister i sin professionalitet (Orlando, 1990). En fördömande och

nonchalant inställning förekommer gentemot patientgruppen (McAllister et al. 2002a; MacKay & Barrowclough, 2005; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). I och med en nonchalant attityd kan inte ett professionellt förhållningssätt åstadkommas (Hadfield et al. 2009).

Patienter med självskadebeteendet anses utnyttja vården genom sitt beteende (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998; Hadfield et al. 2009; Patterson, Whittington & Bogg, 2007; Slaven & Kisely, 2002). Vid oförståelse för beteendet uppstår diskriminering för patientgruppen som en sekundär konsekvens (McAllister et al. 2002a). När sjuksköterskan bär på undertryckta känslor kan känslorna ändå uppfattas av patienten. Det har därför betydelse att känslorna bearbetas för att de inte ska påverka omvårdnadssituationen (Orlando, 1990).

Avskräckande behandlingar används ibland på patienter med självskadebeteende, för att förhindra fortsatta självskadehandlingar (Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). Avskräckande behandlingar är ett sätt för personalen att visa på sin makt (Hadfield et al. 2009). I en omvårdnadsrelation finns inget likvärdigt förhållande mellan patient och personal. Patienten befinner sig ofta i en beroendeställning där sjukvårdspersonalen har makten att påverka vården. I de flesta fall vet sjukvårdspersonalen vad som bör göras i särskilda situationer, men väljer ändå att avstå från dessa handlingar (Malmsteen, 2008).

Författarna upplever att inom hälso-och sjukvården arbetas det efter principer; hjälpa, lindra och bota patienter. Då principerna inte kan uppnås har vi förståelse för vilka känslor det kan resultera i. Det är dock professionens grund att ändå ha förmågan att bortse från dessa känslor och kunna möta varje situation som ett unikt vårdtillfälle utan fördomar.

8.2.4. Förväntningar på professionen

Att vara sjuksköterska har sina svårigheter och kan vara komplext. I utövandet av yrket måste kunskap från beprövad vetenskap, grundläggande omvårdnad, medicinsk teknik samt psykiska aspekter inom vård finnas (Orlando 1990). Det förväntas inom professionen en viss distansering från egna känslor, för att inte känslorna ska påverka arbetet. Dessutom krävs en viss effektivitet (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001).

Förväntningarna inom sjuksköterskeprofessionen är att se varje unik individ i en unik kontext. För att kunna uppnå synsättet förväntas också en förmåga till att vara anpassningsbar och flexibel vid varje omvårdnadstillfälle (Orlando, 1990). Det finns en upplevelse av pliktkänsla

i att stödja patienterna i sin situation (Hadfield et al. 2009). Genom ett stödjande beteendet hos sjukvårdspersonalen innebär det en humanistisk inställning (Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

Som sjukvårdspersonal är det viktigt att inneha en medvetenhet om vad som är moraliskt rätt och i det innefattas även sjukvårdspersonalens egna subjektiva uppfattning. Genom den makt som följer med yrket finns en möjlighet att i ett möte med en patient involveras eller inte. Det finns även ett val mellan att ha en relation eller inte (Malmsteen, 2008).

Författarna funderar kring de förväntningar professionen innehar och vilka effekter det kan resultera i. Det kan tänkas att förväntningarna kan ha en negativ effekt då de kan vara svåra att leva upp till som sjukvårdspersonal. Det kan leda till att känslor inte uttrycks och därmed inte bearbetas, vilket i sin tur även kan ha en negativ effekt på omvårdnadssituationen.

8.2.5. Kompetens

Sjukvårdspersonalen upplever att utbildning ökar graden av trygghet i professionen och förståelsen för patienterna förbättras (MacKay & Barrowclough, 2005; Patterson, Whittington & Bogg, 2007). Yrkeserfarenhet har också en gynnande effekt på sjuksköterskans arbete (Hadfield et al. 2009: McAllister et al. 2002a). Orlando (1990) menar att ju mer kunskap en sjuksköterska besitter desto bättre förutsättningar finns det för att hon/han ska kunna utföra sitt yrke på bästa möjliga sätt för inblandande parter.

Det går inte att bortse från att en stor del av professionen bygger erfarenhet. I jämförelse med övergripande riktlinjer har just erfarenhet stor betydelse (Malmsteen, 2008). Erfarenhet har visats öka känslor så som trygghet (McAllister et al. 2002b) och även optimistiska upplevelser (McCarthy, L & Gijbels, H, 2009).

En sjuksköterska är oförmögen att inneha kompetens inom alla områden. Vid brister i sitt kunnande är det betydelsefullt att då ansvara för att efterforska nödvändig information i situationen (Orlando, 1990). Utbildning förbättrar sjukvårdspersonalens kompetens inom ämnet självskadebeteende (Holdsworth, Belshaw & Murray, 2001; McAllister et al. 2002a) vilket bidrar till en önskan om vidare kunskap hos sjukvårdspersonalen (Friedman et al. 2005; McCarthy, L & Gijbels, H, 2009; Crawford, Turnbull & Wessely, 1998). Genom utbildning kan förmågan att bistå patienten med sin profession uppnås (Agulnik & Palmer, 2008).

Vid upplevelsen av otillräcklig kunskap skapas en osäkerhet inom personalgruppen (McAllister et al. 2002b). Vid mötet med patienter med självskadebeteende kan det finnas brister i förståelsen kring beteendet och också i utbildning i ämnet. Genom förväntningarna på sjukvårdspersonalen kan det skapas en ofördelaktig belastning då inte tillräckligt med stöd i och med utbildning uppnås (Agulnik & Palmer, 2008). Den negativa inställningen gentemot patienter med självskadebeteende kan också öka ju längre erfarenhet sjukvårdspersonalen har (Friedman et al. 2005; Patterson, Whittington & Bogg, 2007).

I den första kontakten mellan sjuksköterska och patient är det sjuksköterskans ansvar att tydliggöra sin kompetens på ett förståeligt sätt. Genom att tydliggöra sin kompetens kan patienten få en ökad förståelse för hur sjuksköterskan kan hjälpa patienten (Orlando, 1990).

Litteraturstudiens övergripande resultat kring kompetens beskriver att utbildning och erfarenhet har en positiv effekt på de känslor sjukvårdspersonalen upplever. Resultatet stärker även författarnas förståelse. Däremot kan diskussion föras kring varför en del studier visar att erfarenhet har en negativ effekt på sjukvårdspersonalens känslor. Vi funderar på om det handlar om en uppgivenhet angående patienternas beteende, då sjukvårdspersonalen genom åren frekvent träffat på patienter med självskadebeteende. Uppgivenheten tros grunda sig i de fall då förbättring och förändring uteblivit gällande patientens mående.

8.3. Trovärdighet och överförbarhet

Överförbarhet grundar sig på huruvida en studies resultat i sitt sammanhang kan appliceras på en större population (Forsberg & Wengström, 2008). En studies författare kan underlätta för överförbarhet genom att exempelvis tydligt beskriva metodens olika delar. Avgörandet om överförbarhet är genomförbar ligger ändå hos läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Vi anser att studien har en begränsning då kontexten är en akutmottagning vilket resulterar i att studien inte kan appliceras till andra sammanhang. Däremot kan det tänkas att inom akutsjukvården kan överförbarhet ske. En viss överförbarhet kan ändå finnas inom sjukvården generellt, då det kan tänkas att liknande känslor uppstår hos sjukvårdspersonalen vid mötet med patienter med självskadebeteende. Författarna funderar på betydelsen av ursprungslandet hos de inkluderade artiklarna i litteraturstudien. De inkluderade artiklarna har Australien, Storbritannien eller Irland som ursprung. Vi funderar därför på om studien är helt överförbar till Sveriges sjukvård, men anser ändå att liknande sjukvård mellan länderna finns så överförbarhet borde inte vara ett problem.

En trovärdig studie har en avsaknad av fel vilka uppkommit slumpässigt (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna anser att litteraturstudien har trovärdighet då analysmaterialet är väl genomarbetat. När hinder uppstått som försvårat processen har dessa hinder hanterats genom att omarbeta materialet för att öka trovärdigheten.

8.4. Vidare forskning

Då litteraturstudien genomfördes upptäcktes att forskningen var begränsad inom valt område. Författarna funderade kring orsaken bakom det snäva utbudet av studier och tror att det möjligen kan bero på att ämnet är relativt nyligen uppmärksammat. Det finns ett starkt behov av vidare forskning då befintlig forskning också har en viss begräsning. Framförallt kan det rimligen tänkas att kvalitativ forskning behövs. För att få en djupare förståelse för sjukvårdspersonalens upplevelse av omvårdnaden av patienter med självskadebeteende, krävs en mer djupgående forskning. Varav kvalitativa studier kan bistå med den förståelsen.

I inkluderade artiklar i litteraturstudien har det framgått att det behövs vidare forskning inom området. Det stärker litteraturstudiens syfte med att lyfta fram den här sortens omvårdnadstillfälle.

9. SLUTSATS

Det finns faktorer som påverkar hur sjukvårdspersonalen upplever omvårdnaden av patienter med självskadebeteende. Ålder, kön, erfarenhet, kommunikation, riktlinjer och stöd från organisationen har effekt på huruvida upplevelsen är gynnsam eller ogynnsam för sjukvårdspersonalen.

Författarna anser, utifrån litteraturstudiens resultatet, att både meningsfullhet och meningslöshet kan upplevas av sjukvårdspersonalen i omvårdnaden av patienter med självskadebeteende. På grund av den komplexa omvårdnadssituationen ser vi att upplevelserna kan skilja sig markant åt, från individ till individ i personalgruppen. Frustration, ilska och otillräcklighet är återkommande negativa upplevelser hos sjukvårdspersonalen. Medan omsorgsfullhet, meningsfullhet och trygghet är återkommande positiva upplevelser som upptäcktes under litteraturstudiens gång. Utifrån resultatet upplever författarna att omvårdnaden kring patienter med självskadebeteende kan innebära en laddad situation för sjukvårdspersonalen. Sjukvårdspersonalen får ett känslomässigt engagemang som kan vara av både positiv och negativ karaktär.

10. REFERENSER

Abelin, Å. & Allén, S. (red.) (1986). *Svensk ordbok*: *[ordens betydelse och användning] : [mer än 100.000 ord och fraser]*. Solna: Esselte studium. Upplevelse; ss.1356. uppleva; ss. 1356.

Agulnik, D. & Palmer, L. (2008). Reaching out. *Emergency nurse.* Vol:16. ss.14-17.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn.* Stockholm: Liber.

Crawford, M., Turnbull, G. & Wessely, S. (1998). 'Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff -- an intervention study'. *Journal of Accident & Emergency Medicine*. Vol: 15, ss. 18-22.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete, konfliktlösning.* Lund: Studentlitteratur.

Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. I A. R. Favazza. (1996), *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psyciatry.* Baltimore, Md.: John Hopkins University.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psyciatry*. Baltimore, Md.: John Hopkins University.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete.* Lund: Studentlitteratur.

Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M. & Mitchell, A. (2005). 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. ss. 273-277.

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.* Vol: 19. ss. 755-765.

Holdsworth, N., Belshaw, D. & Murray, S. (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* Vol:8. ss. 449-458.

Hurry, J. (2000). Deliberate Self-Harm in Childhood and Adolescents. International review of psychiatry. Vol:12. Ss.31-37. I Øverland, S (2010). *Självskadande beteende.* Studentlitteratur: Lund.

Kirkevold, M. (1992). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering.* Lund: Studentlittertur.

Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. Lidande, hopp och livsmod. I. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad del 3.* Stockholm: Liber.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grundläggande omvårdnad del 1.* Stockholm: Liber.

Kristoffersen, N.J. & Nordvedt, F. Relationen mellan sjuksköterska och patient. I. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad del 1.* Stockholm: Liber.

Lindgren, B-M., Wilstrand, C., Gilje, F. & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefullness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* Vol:11. ss. 284-291.

Lundman, B. & Hällgen Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

MacKay, N. & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help. *British Journal of Clinical Psychology.* Vol:44. ss. 255-267.

Malmsteen, K. (red.) (2008). *Etik i basal omvårdnad : [-i någon annans händer-]*. Lund: Studentlitteratur.

McAllister, M. (2003). Self-harm in the emergency setting: understanding and responding. *Contemporary nurse.* Vol: 15. ss.130-139.

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C. (2002a). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing.* Vol: 40. ss. 578-586.

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C. (2002b). Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm. *International Journal of Nursing Practice.* Vol: 8. ss. 184-190.

McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2005). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intensions. *Journal of Clinical Nursing.* Vol: 16. ss. 1704-1711.

McCarthy, L. & Gijbels, H. (2009). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International Emergency Nursing.* Vol:18. ss.29-35.

McDougall, T., Armstrong, M. & Trainor, G. (2010). *Helping children and young people who self-harm – An introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals.* New York: Routledge.

Nilsson, E., Norén-Winsell, E. & Djärv, S. (1999). *Administration och arbetsledning i vård och omsorg.* Lund: Studentlitteratur.

Nock, M. K. & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. I M. Nock (red.) (2009), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment and treatment.* Washington, DC: American Psycological Association, ss. 9-18.

Orlando, I-J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles.* New York, NY: National league for Nursing.

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

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine.* Vol: 12. ss. 169-178.

Puskar, K., Bernardo, L., Hatam, M., Geise, S., Bendik, J. & Grabiak, B-R. (2006). Self-Cutting Behaviors in Adolescents. *Journal of emergency Nursing.* Vol: 32. ss. 444-446.

Serials solutions. (2010). Ulrichsweb. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.ulrichsweb.com/ulrichsweb/Help/mainhelp.asp?cxxhs=045035950986488. [2011-04-07].

Slaven, J. & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural western Australia: a qualitative study. *Australian Journal of Rural Health.* Vol: 10. ss. 233-238.

Socialstyrelsen.(1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning.* Stockholm: Socialstyr.

Socialstyrelsen.(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf . [2011-03-26].

Socialstyrelsen. (2009). Skador och förgiftningar behandlade i sluten vård 2008. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-4/Documents/2009-9-4.pdf .[2011-03-26].

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659 . [2011-04-07].

Stain, R. (red.) (2008). *Självskadebeteende: forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga.* Stockholm: Allmänna Barnhuset.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada.* Lund: Studentlitteratur.

Øverland, S. (2010). *Självskadande beteende.* Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Manuellt sökta artiklar.

Nr	Författare	Titel på tidsskrift & artikel	Genom tidsskrift & artikel	Genom Databas
2.	Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M & Mitchell, A	Journal of Psychosomatic Research: Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience	International Emergency Nursing: An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an irish teaching hospital. Qualitative Health Research: Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm	PubMed
4.	Holdsworth, N., Belshaw, D & Murray, D.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing: Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops.	International Emergency Nursing: An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. Qualitative Health Research: Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm British Journal of Clinical Psycology: Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help	PubMed
9.	Patterson, P., Whittington, R & Bogg, J.	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing: Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS)	International Emergency Nursing: An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an irish teaching hospital	PubMed
10.	Slaven, J &	Australian Journal of	Journal of Clinical	PubMed

	Kisely, S	Rural Health: Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural western Australia: a qualitative study	Nursing: Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intensions	

Bilaga 1. Artikelmatris

Nr	Författare År Land	Tidsskrift Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Crawford, M., Turnbull, G & Wessely, S. (1997) Storbritannien	Journal of accident and emergency medicine: deliberate self harm assessment by accident and emergency staff- an intervention study.	Undersöka vilken effekt specifik träning har på personal på en akutmottagning och på kvaliteten av de psykosociala bedömningar som görs på patienter med självskadebeteende.	Kvantitativ studie med ändamålsenligt urval. Jämförelse gjordes innan och efter en utbildande intervention där 60 personal på en akutmottagning deltog. Frågeformulär användes för att utvärdera interventionen.	Journaler och anteckningar blev bättre bedömda efter interventionen. Kommunikationen mellan personalen på akutmottagningen och teamet som arbetade med självskadebeteende förbättrades. Attityderna har generellt förbättrats gentemot denna patientgrupp efter interventionen.	Medel
2.	Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M & Mitchell, A. (2005) Storbritannien	Journal och Psychosomatic Research: Predicitors of A&E staff attitudes to self-harm patient who use self-laceration: Influence of previous training and experience	Undersöka vilka attityder sjukvårdspersonal på en akutmottagning har gentemot patienter med självskadebeteende med fokus på laceration.	Kvantitativ studie med ändamålsenligt urval. Fokusgrupper användes för att utveckla ett skattningsinstrument. 63 respondenter slutförde studien med frågeformulär.	Personalen upplevde att självskadebeteende genom laceration var ett viktigt problem men upplevde en okunnighet i att vårda dessa patienter. Personal utan utbildning inom detta område, som arbetat på akuten under en längre tid, visade på mer ilska mot denna patientgrupp samt en	Medel

					benägenhet att inte se patienterna som mentalt sjuka.	
3.	Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L & Hayward, M. (2009) Storbritannien	Qualitative Health Research: Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm	Undersöka hur läkare på en akutmottagning upplever att behandla patienter med självskadebeteende. Sedan vill författarna undersöka hur upplevelse förhåller sig till den vård som erbjuds.	Kvalitativ studie med ett strategiskt urval. Metoderna som användes var fenomenologi och hermeneutik. Fem läkare på två akutmottagningar intervjuades. Intervjuerna var halvstrukturerade med öppna frågor om självskadebeteende.	Resultatet är uppdelat i 3 huvudteman med ett flertal underteman. Läkarna upplevde en känsla av hjälplöshet, frustration, skuldbeläggning av den psykiatriska vården. Ilska upplevdes i de fall patienterna skadat sig av manipulativa orsaker. Genom att trivialisera skyddade läkarna sig mot den hjälplöshet och obekvämhet som upplevdes. En del informanter talade ändå om hur deras personliga reaktioner hjälpt dem att bli mer självsäkra i deras förmåga att hjälpa dessa patienter.	Hög
4.	Holdsworth, N., Belshaw, D & Murray, S. (2001) Storbritannien	Journal of Psychiatric and mental Health Nursing: Developing A&E nursing responses	Det primära syftet av de workshops som utfördes var att förbättra bedömningen av patienter med risk för suicid eller	Kvantitativ och kvasiexperimentell studie. Två psykiatriska sjuksköterskor utförde 5 workshop för 13 stycken sjuksköterskor.	Individer med upprepat självskadebeteende väckte hos sjuksköterskorna känslor av hjälplöshet och frustration.	Medel

		to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops.	självskadebeteende. Det sekundära syftet var att förbättra deltagarnas förmåga att erbjuda effektiv men kortsiktig handläggning av dessa risker och underliggande känslor av oro hos patienten.	Självskattningsformulär användes för att göra en jämförelse innan och efter workshop-tillfällena.	Sjuksköterskorna som deltog i workshopen tycket det bidrog till ökad kunskap i ämnet. Det komplexa med självskadebeteende ansågs vara stressframkallande; effektiviteten med vilka sjuksköterskorna hanterade stressen bestämde graden av stress som upplevdes, resultatet av detta var känslor av ångest, irritation och hjälplöshet.	
5.	MacKay, N & Barrowclough, C. (2005) Storbritannien.	British Journal of Clinical Psycology: Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help	Syftet var att testa Weiner's model (a cognitive (attribution)-emotion-action model of helping behaviour) på akutpersonal som har kontakt med patienter med självskadebeteende.	Kvantitativ studie med stratifierat randomiserat urval där kön och profession var lika uppdelat i grupperna. 89 respondenter genomförde studien där frågeformulär användes som metod.	Ju mer kontroll patienten upplevdes ha över sina handlingar desto större negativa effekter hade det på personalen vilket resulterade i minskad vilja att hjälpa patienten. Manlig personal och vårdpersonal visade sig ha mer negativa attityder gentemot denna patientgrupp, än kvinnlig personal och sjuksköterskor.	Hög

6. (a)	McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W & Farrugia, C. (2002) Australien	Journal of Advanced Nursing: Nurses' attitudes towards clients who self-harm	För att kunna identifiera relevanta dimensioner av akutsjuksköterskors attityder gentemot patienter med självskadebeteende är syftet med denna studie att utveckla och testa en skala.	Kvantitativ studie där frågeformulär samt fokusgrupper användes. 249 sjuksköterskor slutförde undersökningen	Resultatet visade på fyra faktorer som sammanfattade sjuksköterskans upplevelse av sin förmåga att remittera och prioritera dessa patienter. Generellt fanns en negativ attityd gentemot patienter med självskadebeteende. Samband gick också att finna mellan yrkeserfarenhet och empatiskt bemötande.	Medel
7. (b)	McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W & Farrugia, C. (2002) Australien	International Journal of Nursing Practice: Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm.	Undersöka i vilken utsträckning officiella och inofficiella riktlinjer finns att tillgå på en akutmottagning. Studien syftar också till att undersöka i vilken utsträckning dessa riktlinjer vägleder sjuksköterskan i mötet med patienter med självskadebeteende.	Kvantitativ studie med ändamålsenligt urval där frågeformulär användes. 353 sjuksköterskor slutförde undersökningen.	Sjuksköterskor på akutmottagningen möter ofta patienter med självskadebeteende och de flesta har ingen utbildning inom området. Brister har påvisats i de officiella och omfattande riktlinjer för bedömning och behandling som finns.	Medel
8.	McCarthy, L & Gijbels, H.	International Emergency	Undersöka vilken attityd sjuksköterskor	Kvantitativ studie med beskrivande och	Sjuksköterskorna i studien upplevde en	Hög

	(2009) Irland	Nursing: An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital	på en akutmottagning har gentemot patienter med självskadebeteende samt vilken relation som kan finnas mellan attityder och ålder, akademiska prestationer, längd på erfarenhet och utbildning inom självskadebeteende.	korrelerande design där självskattningsformulär användes. 68 sjuksköterskor på en akutmottagning deltog i studien.	positiv attityd gentemot patienter med självskadebeteende, som sökte på akutmottagningen. Yngre sjuksköterskor upplevdes ha en positivare attityd än äldre. Längre utbildning visade sig också ha generera en positivare attityd.	
9.	Patterson, P., Whittington, R & Bogg, J. (2007) Storbritannien	Journal of Psychiatric and mental Nursing: Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS)	Utveckla ett sammanfattande och koncist instrument för att fastställa sjuksköterskors attityd inom området självskadebeteende.	Kvantitativ studie med ändamålsenligt urval där respondenterna deltog i en av ett flertal utvalda kurser. 153 vårdpersonal deltog i studien som utfördes med hjälp av frågeformulär.	En del sjuksköterskor uttryckte att tid spenderad på dessa patienter är bortkastad. Vissa upplevde också att patienten är i full kontroll över sitt beslut att skada sig själv och upplevde också att självskadebeteende kan vara konstruktivt beteende. Resultatet visade också på att det är viktigt att inte döma dessa patienter.	Medel
10.	Slaven, J & Kisely, S. (2002)	Australian Journal of Rural Health: Staff perceptions	Undersöka vilken syn sjuksköterskor, allmänläkare och	Kvalitativ studie med hermeneutisk metod där semistrukturerade	Den viktigaste barriären var en brist i strukturen att möta patienter med	Medel

	Australien	of care for deliberate self-harm patients in rural western Australia: a qualitative study	personal inom den psykiatriska vården, har på de barriärer som finns i att vårda patienter med självskadebeteende och på vilket sätt personalen kan möta dessa. Denna studie utfördes på den australiensiska landsbygden.	intervjuer användes. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades sedan. Olika teman skapades under analysdelen som sedan användes för att strukturera studien. Sju allmänläkare, tretton sjuksköterskor och fem personal inom den psykiatriska vården deltog i undersökningen.	självskadebeteende vilket resulterade i bristfälligt och motsägelsefullt handhavande. Detta resulterade i sin tur till att personalen upplevde osäkerhet, förvirring och hjälplöshet. En del sjuksköterskor upplevde minskat självförtroende i omvårdnaden kring dessa patienter vilket resulterade i att de antingen undvek patienterna eller var obekväma i situationen.	

Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasi-experimentella studier

Reviderad version utifrån Forsberg och Wengström.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur och kultur.

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna? 1p
Ja Nej

Är designen lämplig utifrån syftet? 1p
Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna? 1p

Vilka är exklusionskriterierna? 1p

Vilka urvalsmetoder användes?
- ☐ Randomiserat urval 2p
- ☐ Obundet slumpmässigt urval 1p
- ☐ Kvoturval 1p
- ☐ Klusterurval 1p
- ☐ Konsekutivt urval 1p
- ☐ Urvalet är ej beskrivet
- ☐ Ändamålsenligt urval – eget anpassad utefter urvalet i artiklarna 1p

Är undersökningsgruppen representativ? 2p
Ja Nej

Var genomfördes undersökningen? 1p

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen? 1p

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes? 1p

Var reliabiliteten beräknad?
Ja Nej 2p

Var validiteten diskuterad? 2p
Ja Nej

D. Analys

Var demografisk data liknande i jämförelsegrupperna? 1p
Ja Nej
Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet? 1p

Fanns en bortfallsanalys? 1p
Ja Nej

Var den statistiska analysen lämplig? 1p
Ja Nej
Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten? 1p

Erhölls signifikanta skillnader? 1p
Ja Nej
Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren? 1p

Instämmer du? 1p
Ja Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population? 2p
Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse? 1p
Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?
Ja Nej

Motivera varför eller varför inte?

Totalpoäng: 27

Låg kvalitet: 0-9p

Medel kvalitet: 10-18p

Hög kvalitet: 19-27p

Bilaga 3. Mall för kvalitetsgranskning

Checklista för kvalitativa artiklar

Reviderad version utifrån Forsberg och Wengström.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur och kultur.

A. **Syftet med studien?** 1p

Vilken kvalitativ metod har använts? 1p /2p
(Hermeneutik eller fenomenologi 1p. Hermeneutik och Fenomonologi 2p).

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? 1p
Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? 1p
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)
Ja Nej

Var genomfördes undersökningen? 1p

Urval- finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades? 1p

Vilken urvalsmetod användes?
☐ Strategiskt urval 1p
☐ Snöbollsurval- ej använt i artiklarna vi granskat
☐ Teoretiskt urval 1p
☐ Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status, samt annan relevant demografisk bahgrund). 1p

Är undersökningsgruppen lämplig? 1p
Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamilg)? 1p

Ja Nej

Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)? 1p

Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod: 1p

- ☐ Ostrukturerade intervjuer
- ☐ Halvstrukturerade intervjuer
- ☐ Fokusgrupper
- ☐ Obeservationer
- ☐ Video-/bandinspelning
- ☐ Skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? 1p

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? 1p

Ange om: 1p

- ☐ Teman är utvecklade som begrepp
- ☐ Det finns episodiskt presenterade citat
- ☐ De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- ☐ Svaren är kodade

Resultatbeskrivning: 1p

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? 1p

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? 2p

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? 2p
Ja Nej

Finns stabilitet och överenstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? 2p
Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? 1p
Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlad data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? 1p
Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? 1p
Ja Nej

Stöder insamlad data forskarens resultat? 1p
Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans? 1p
Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? 1p
Ja Nej

Finns risk för bias? 1p
Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren? 1p

Håller du med om slutsatserna? 1p
Ja Nej
Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej

Totalpoäng: 32p

Låg kvalitet: 0-11p

Medel kvalitet: 12-22p

Hög kvalitet: 23-32p