



Röda Korsets Högskola

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

Kurs HK11, 15 hp

HT 13

## **Självskadebeteende**

Patienters upplevelser av bemötande i vården

## **Self-injurious behavior**

The Patients' experiences of treatment in health care

Viktor Friis och Kerstin Hemborg

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I Sverige vårdades år 2011 drygt 7700 personer på sjukhus för självskaador. Självskadebeteendet används ofta som en copingstrategi för att hantera och lindra psykisk smärta och ångest, men kan även vara ett rop på hjälp. Handlingarna väcker ofta starka känslor, såsom ilska, maktlöshet och antipati, hos sjukvårdspersonal. Patientgruppen upplevs ofta svår att ge bra vård till och patienterna utsätts för mycket tvångsvård och tvångsåtgärder.

**Syfte:** Syftet är att belysa hur patienter med självskadebeteende upplever bemötandet i vården. **Metod:** Studien, en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, har utförts medelst analysering av tre självbiografier skrivna av personer med ett tidigare självskadebeteende.

**Resultat:** Självbiografiförfattarnas upplevelser av bemötandet i vården delades in i två huvudkategorier; *positiva* respektive *negativa upplevelser*. Under *positiva upplevelser* utkristalliserades fyra kategorier; *Trygghet och tillit*, *Erhålla information*, *Bli tagen på allvar och känna sig förstådd* respektive *Omtanke och stöd*. Under huvudkategorin *negativa upplevelser* hittades kategorierna *Utlämnad och maktlös*, *Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd*, *Ej känna sig värdig vård* samt *Bristande information*. **Slutsats:** Bemötandet inom vården är avgörande för relationen mellan vårdare och vårdtagare. Då patienterna hade positiva upplevelser av bemötandet grundlades en tillitsfull relation. Ett dåligt bemötande bidrog till ett vårdlidande för patienterna. **Klinisk betydelse:** Resultatet kan ge vårdpersonal en ökad kunskap och bättre förståelse för vad i bemötandet som upplevs positivt respektive negativt av patienten. Detta kan leda till ett förbättrat och mer professionellt bemötande av dessa patienter, vilket är viktigt för ett gott tillfrisknande.

**Nyckelord:** bemötande, självskadebeteende, självbiografi

## ABSTRACT

**Background:** During 2011 more than 7700 people were hospitalized for self-injuries in Sweden. Self-injury behavior is often used as a coping strategy to manage and relieve mental pain and anguish, but can also be a cry for help. The actions often generate strong emotions, such as anger, powerlessness and antipathy, among health care staff. This group of patients is often perceived difficult to provide good care for and the patients are exposed to many coercive measures. **Purpose:** The purpose is to illustrate how patients with self-injury behavior experience their treatment. **Method:** The study, a qualitative content analysis with an inductive approach, has been performed by analyzing three autobiographies written by persons with a previous self-injury behavior. **Result:** The patients/authors experiences of their treatment were divided into two main categories; *positive* and *negative experiences*. Under *positive experiences* four categories crystallized; *Security and trust, Receive information, Be taken seriously and feel understood* and *Care and support*. Under the main category *negative experiences* four categories were developed; *Left out and powerlessness, Not be taken seriously and not feel understood, Not feel worthy of care* and *Lack of information*.

**Conclusion:** The treatment in health care is critical to the relationship between caregiver and care recipient. When the patients´ had positive experiences of the treatment from the staff a trusting relationship was founded. A bad attitude contributed to patients suffering. **Clinical significance:** The results may give health care professionals a better knowledge and understanding of the treatment that is perceived positively or negatively by the patient. This can lead to an improved and more professional treatment of these patients, which is important for a good recovery.

**Keywords:** attitude, self-injury, autobiography

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	INLEDNING .....	1
2.	BAKGRUND .....	1
2.1	SJÄLVSKADEBETEENDE .....	1
2.2	BEMÖTANDE .....	3
2.3	SJÄLVSKADEBETEENDE – BEMÖTANDE OCH BEHANDLING .....	3
2.4	LIVSVÄRLD OCH VÅRDLIDANDE .....	5
3.	PROBLEMFÖRMULERING .....	6
4.	SYFTE .....	7
5.	METOD .....	7
5.1	DESIGN .....	7
5.2	URVAL .....	7
5.3	DATAINSAMLINGSMETOD .....	7
5.4	DATAANALYS .....	8
6.	ETISKA ASPEKTER .....	10
7.	RESULTAT .....	11
7.1	POSITIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE .....	12
7.1.1	Trygghet och tillit .....	12
7.1.2	Erhålla information .....	13
7.1.3	Bli tagen på allvar och känna sig förstådd .....	13
7.1.4	Omtanke och stöd .....	14
7.2	NEGATIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE .....	15
7.2.1	Utlämnad och maktlös .....	15
7.2.2	Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd .....	16
7.2.3	Ej känna sig värdig vård .....	18
7.2.4	Bristande information .....	19
8.	DISKUSSION .....	20
8.1	METODDISKUSSION .....	20
8.2	RESULTATDISKUSSION .....	22
8.2.1	Trygghet och tillit .....	22
8.2.2	Erhålla information/ Bristande information .....	23
8.2.3	Bli tagen på allvar och känna sig förstådd/ Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd .....	24
8.2.4	Utlämnad och maktlös .....	25

8.2.5 Omtanke och stöd .....	25
8.2.6 Ej känna sig värdig vård .....	26
9. SLUTSATS .....	26
10. KLINISK BETYDELSE .....	27
11. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING .....	27
12. REFERENSLISTA.....	28

*“De har heller inte blivit avklädda med tvång, och fått stå helt nakna utan en tråd på kroppen inför både män och kvinnor. De har inte gråtit i timmar av dåligt samvete för att alla ens älskade ser en så eländig, och till slut fått byxorna neddragna och en spruta i skinkan istället för en kram till tröst. De har inte blivit nedbrottade tre gånger om dagen av fem starka karlar för att få en slang nedtryckt i näsan så att skavsårsblåsorna spricker än en gång, medan en av dem som håller fast ens huvud skrattar. De har aldrig varit i den världen. De kan inte förstå, ingen kan förstå min rädsla för den platsen.” (Citat från bok 1).*

## **1. INLEDNING**

Under vår praktikperiod inom psykiatrisk omvårdnad kom en av oss i kontakt med ungdomar med självskadebeteende och reagerade på det bemötande de fick av vårdpersonal.

Självskadebeteendet tycktes väcka starka känslor i personalgruppen, vilket påverkade bemötandet. Trots avdelningens framtagna riktlinjer för bemötande gentemot patienter med självskadebeteende färgades bemötandet av personalens känslor, vilket yttrade sig i bland annat ilska, uppgivenhet och skuldbeläggande. Vi har därför valt att fokusera vår studie på självskadande patienters upplevelse av vårdpersonalens bemötande.

## **2. BAKGRUND**

Kroppen, ur vårdvetenskaplig synvinkel, är mer än bara vår fysiska gestalt; genom den kan människan känna känslor och föra kontakt med omvärlden, och kan till och med ses som en bärare av människans livshistoria, mening och självbild. Det är genom den vi upplever både oss själva och omvärlden. En eventuell kroppslig förändring kan dels leda till att människans självupplevelse och tillgång till världen förändras, dels till att omvärlden behandlar henne annorlunda (Wiklund, 2003).

### **2.1 SJÄLVSKADEBETEENDE**

Självskadebeteende är ett medvetet skadande av den egna kroppen (Socialstyrelsen, 2012a). I den tidigare (fjärde) versionen av den internationella diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), var *Non-Suicidal Self-Injury* (sv: icke suicidalt självskadebeteende) klassificerat som ett symptom på borderline personlighetsstörning (Stetka

& Correll, 2013, May 21). I DSM-5, vilken kom ut maj 2013, har icke suicidalt självskadebeteende blivit erkänt som ett eget tillstånd, då forskning visat att tillståndet kan uppstå oberoende av borderline personlighetsstörning, som vid exempelvis depression, men även utan koppling till annan psykisk sjukdom (Samuelsson, 2001). Självskadebeteende sker ofta parallellt med ångestsyndrom, bipolär sjukdom och missbruk (Lindgren, 2010). Skadan på kroppen kan tillfogas genom att exempelvis skära eller rispa sig med olika föremål, såsom en glasskärva, kniv eller ett rakblad (Samuelsson, 2001). Den kan även orsakas genom hetsätning eller svältning, eller genom att utsätta sig för andra psykiska och sociala risker, såsom att umgås med människor som gör en fysiskt eller psykiskt illa (Socialstyrelsen u.å.). De allvarligaste skadorna uppkommer dock genom förgiftning med exempelvis läkemedel (Socialstyrelsen, 2012b).

Det finns olika anledningar till att skada sig själv (Lindgren, 2010). Orsaken till självskadebeteendet beror ofta på att det används som en copingstrategi för att hantera och lindra psykisk smärta och ångest, men kan även vara ett rop på hjälp (Lindgren, 2010; Solomon & Farrand, 1996). Genom att fysiskt skada sin kropp, känns den inre smärtan mer hanterbar. Då handlingen hjälper personen att hantera den psykiska smärta som hen annars inte kan stävja, kan det vara svårt att upphöra med beteendet (Solomon & Farrand, 1996).

Personer som självskadar sig kan ofta erhålla en upplevelse av alienation, vilket är en känsla av att inte vara i kontakt med sig själv. Alienation kan uppstå vid ångest eller utlösas som ett självförsvar vid hotfulla och traumatiska situationer, eller vid åminnelse av sådana. Självskadehandlingar kan vara ett sätt att bryta den känslomässiga bedövningen som upplevs (Schoppmann, Schröck, Schnepf & Büscher, 2007).

I Sverige vårdades år 2011 drygt 7700 personer på sjukhus för självskador, vilket är en uppåtgående trend sedan början av 1990-talet, även om statistiken visar en liten utplaning sedan 2008. Beroende på hur självskadebeteende definieras varierar siffrorna mellan 5-35 procent i befolkningen (Barn och ungdomspsykiatri [BUP] 2010). Sjukhusvård på grund av självskada är vanligast i åldern 15-24 år, både bland kvinnor och män (Socialstyrelsen, 2012a). I denna åldersgrupp är det dubbelt så vanligt att unga kvinnor läggs in för vård jämfört med unga män, men statistik visar att det har skett en ökning bland unga män i samma ålder mellan 2002 och 2011. Självskadebeteendet ser olika ut hos flickor och pojkar vilket har bidragit till uppfattningen om att beteendet förekommer mer bland flickor. Hos flickor är det

vanligast att skära sig, medan pojkar oftast skadar sig på annat sätt, till exempel genom att slå knytnäven i väggen (BUP, 2010).

Enligt en rapport från Karolinska institutets folkhälsoakademi (Jablonska, 2011) har det även framkommit att låga prestationer i grundskolan är en stark och oberoende riskfaktor för att utveckla självskadebeteende, och bör ses som en varningssignal. Rapporten visar också att ungdomar som går i skolor med en hög andel elever som kommer från en låg socioekonomisk bakgrund och/eller har en ensamstående förälder löper större risk för självskador.

Självskadebeteende är i sin tur den främsta riskfaktorn för självmord, särskilt bland män (McCann, Clark, McConnachie & Harvey, 2006).

## **2.2 BEMÖTANDE**

Ett gott bemötande har en avgörande betydelse för kvaliteten i vården och handlar om att ha kunskap och förmåga att skapa personliga möten, och att kunna kommunicera med människor med olika besvär. Bemötandet ska bygga på respekt för människors lika värde och ta hänsyn till individens självbestämmande och integritet. Vid bemötandet av människor med psykisk sjukdom är extra viktigt att den drabbade känner förtroende för vårdgivaren. Det krävs där en balansgång från vårdaren att vara både personlig och professionell (Socialstyrelsen, 2012c).

Ett positivt socialt stöd kan påverka patientens återhämtningsprocess positivt (Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin & Ryan, 1996) och en viktig del i ett gott bemötande är bekräftande, vilket i sig anses är helande (Eriksson och Svedlund (2007).

## **2.3 SJÄLVSKADEBETEENDE – BEMÖTANDE OCH BEHANDLING**

Självskadehandlingar väcker starka känslor, såsom ilska och maktlöshet, hos personal och övrig omgivning. Beteendet upplevs ofta som obegripligt, och även svårhanterligt i och med dess upprepande mönster (Samuelsson, 2001). Personalen kan också känna så starka känslor som antipati. En brittisk studie om antipati inom vården belyste att sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet men ingen vidareutbildning inom psykiatri, visade en signifikant högre nivå av antipati mot självskadande patienter än de som var vidareutbildade och hade tagit sin examen senare (Dickinson & Hurley, 2011). Även en studie utförd bland akutsjuksköterskor i Australien visade att många sjuksköterskor har en negativ attityd gentemot dessa patienter.



Sjuksköterskorna fann exempelvis arbetet med självskadande patienter tidsödande och icke givande. Det framkom vidare att negativa attityder kan leda till att patienterna erhåller mindre vård (McCann, Clark, McConnachie & Harvey, 2006). Däremot, till skillnad från Dickinsons och Hurleys studie, framkom det att äldre och mer erfarna sjuksköterskor hade en mer stöttande attityd gentemot självskadande patienter än de som var yngre och inte hade lika lång erfarenhet. Båda studierna visade dock att de sjuksköterskor som hade genomgått en specialutbildning om självskadebeteende var mer positivt inställda än de utan sådan specifik utbildning, och att erhållandet av en sådan utbildning således sänkte risken för att känna antipati (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006; Dickinson & Hurley, 2011).

Synen på dessa patienter varierar alltså och bemötandet påverkas bland annat av om sjuksköterskan känner tilltro till sin förmåga att kunna bemöta patientens behov samt upplever sig ha möjlighet att ta hand om patienten på ett tillfredsställande sätt. Bemötande av dessa patienter påverkas även av om personalen har förmåga och möjlighet att följa de riktlinjer som sjukhuset satt upp (McAllister, Creedy, Moyle & Farrugia, 2002).

Det är viktigt att skapa individuella relationer som bygger på respekt och trygghet i mötet med patienter som skadar sig själva (Lindgren, 2010; Schoppmann, Schröck, Schnepf & Büscher, 2007). BUP (2010) benämner det som en terapeutisk allians där personalen försöker förstå innebörden av beteendet och uppmuntra till andra lösningsstrategier. Patienter med ångest kan ofta uppleva sig hjälpta av fysisk kontakt med vårdaren, men det är då viktigt att patienten känner trygghet i relationen med den vårdare som ger fysisk kontakt (Schoppmann et al., 2007). Sjuksköterskan ska vara stabil, mänsklig och förmedla hopp om att situationen kan bli bättre. Ett bra samspel är en grundförutsättning för en god relation mellan patient och vårdpersonal och det är viktigt att båda känner respekt för den andres kompetens där patienten är den som har den bästa kunskapen om sig själv och sina egna behov (Foldemo, 2010).

Patienter med ett självskadebeteende är en patientkategori som det är svårt att ge bra vård till och de utsätts för mycket tvångsvård och tvångsåtgärder. Framförallt är det unga kvinnor som är överrepresenterade gällande tvångsåtgärder under tvångsvård (Andersson et al., 2010).

Hur vårdaren ska förhålla sig om en självskadeincident uppstår råder det olika uppfattningar om (Lindgren, 2010). Vissa avdelningar arbetar efter ett förhållningssätt som innebär att patienten själv ska plåstra om sina sår. Det anses att patienten på så sätt själv får ta ansvar för sina handlingar. En annan metod innefattar ett omhändertagande av såret men ett undvikande

av att ge extra omtanke på grund av självskadade beteenden. Extra omtanke skall istället ges om patienten söker vård för sitt självskadade beteende (ibid.).

Personer med ett självskadande beteende har ofta en bristande förmåga att hantera känslor, vilket kan resultera i allmän impulsivitet och även en bristande impulsiv kontroll vid aggression. Vårdpersonalen har en viktig roll att hjälpa patienten att hitta andra strategier för att hantera sin ångest (Solomon & Farrand, 1996). Terapierna som ingår i behandlingen fokuseras därför ofta kring att lära patienten att hantera sina impulser (BUP, 2010). I dagsläget finns det två terapier som vardera pågår under minst ett år, vilka visat goda effekter vid självskadade beteenden; dialektisk beteendeterapi (DBT) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT). I forskningsöversikten “*Behandlingseffekter på självskadade beteenden: Vad visar forskningen*” från 2012 redovisas att det inte finns tillräckligt med studier för att avgöra vilken av dessa behandlingar som har bäst effekt vid självskadade beteenden och vissa av de studier som är gjorda visar på varierande resultat (Lundh, 2012). Initialt går DBT-behandlingen ut på att reducera självskadade beteendet, för att i ett senare skede fokusera på minskad posttraumatisk stress och ökad självrespekt. Målet är bland annat att öka förmågan att kunna stå emot impulser och reglera sina känslor (BUP, 2010). MBT är en metod som förekommer i behandlingen av patienter som har svårigheter att hantera starka känslösvängningar, självdestruktivitet och relationer. Det är en psykodynamisk behandling där patienten med hjälp av mentalisering får hjälp att lära sig att förstå sina egna tankar och känslor och sätta sig in i andras (Lundh, 2012).

## **2.4 LIVSVÄRLD OCH VÅRDLIDANDE**

Att ha en förståelse för patientens livsvärld är en grundförutsättning för att kunna utföra ett vårdvetenskapligt vårdande (Dahlberg & Segersten, 2010) och att lindra patientens lidande innebär ofta att som personal inte kränka patientens värdighet och att inte fördöma och missbruka makt (Eriksson, 1994). Livsvärld och Lidande är två kärnbegrepp inom omvårdnadsvetenskapen (Eriksson, 1997).

Varje enskild individ har sin egen unika så kallade livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010). Livsvärlden är den levda världen (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003), eller den verklighet som människan upplever genom sin kropp (Wiklund, 2003). Genom vår livsvärld exempelvis älskar, tycker och tänker vi, och i den söker vi efter en mening och ett

livsinnehåll (Dahlberg et al, 2003). Det är av största vikt att en vårdare försöker begripa och ta del av denna genom att lyssna och observera (Dahlberg och Segesten, 2010). För att inta ett livsvärldsperspektiv är det nödvändigt att uppmärksamma människans vardagsvärld och dagliga tillvaro, och även kunna se, förstå, beskriva och analysera världen såsom den erfars av människan (Dahlberg et al., 2003).

Lidande handlar, förutom om fysiska symptom, också om en inre process och kan beskrivas som någon form av hot mot, eller en kränkning eller förlust av människans själ, och en känsla av att inte ha kontroll förenat med skuld känslor (Wiklund, 2003). Lidandet kan delas in i tre kategorier; livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Vårdlidande uppstår som följd av olika negativa bemötanden av patienten. Detta sker när sjuksköterskans kunskap, attityd och hållning till patienten inte motsvarar patientens behov och begär (Eriksson, 1994). Vårdlidandet kan även beskrivas som det lidande en människa kan erfara på grund av (undermåligt) vårdande eller bristen på detta, och är naturligtvis en mycket onödig form av lidande. Lidandet orsakas, enligt henne, ofta på grund av brist på kunskap, frånvaro av reflektion och ett omedvetet handlande (Wiklund, 2003).

### **3. PROBLEMFÖRMULERING**

I studier om vårdpersonalens upplevelser från mötet med självskadande patienter framkommer det att de ofta upplever en frustration och hyser negativa känslor och ibland även antipati gentemot patienter med självskadebeteende. Detta fenomen åskådliggör i sig behovet av studier om självskadande patienters upplevelser av vårdpersonalens bemötande. Det finns således studier gjorda på hur vårdpersonal upplever mötet, men det råder brist på forskning ur dessa patienters perspektiv och hur de upplever bemötandet i vården. Ett dåligt bemötande kan påverka tillfrisknandet och är kränkande för patienten i en redan utsatt situation. För att omgivningen i allmänhet och vårdpersonalen i synnerhet skall få en bättre förståelse för patienter med självskadebeteende och kunna bemöta dem på ett adekvat sätt krävs en ökad kunskap om hur dessa patienter upplever bemötandet.

## 4. SYFTE

Syftet är att belysa hur patienter med ett självskadebeteende upplever vårdpersonalens bemötande.

## 5. METOD

### 5.1 DESIGN

För att utforska hur patienter med självskadebeteende upplever bemötandet i vården utfördes en studie av självbiografier skrivna av personer med ett tidigare självskadebeteende. Utifrån dessa utfördes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

### 5.2 URVAL

Inklusionskriterierna var att böckerna skall vara självbiografier och skrivna av personer som har eller har haft ett självskadebeteende. Innehållet skall skildra vårdmöten, vara max tio år gamla och händelserna beskrivna i boken skall ha inträffat under 2000-talet. De skulle även ha svenska som originalspråk och visa svenska förhållanden.

### 5.3 DATAINSAMLINGSMETOD

Datainsamlingen inleddes med en internetsökning med orden *självbiografi* och *självskadebeteende* och ledde då fram till *självskadebeteende.se*, en hemsida driven på ideell basis av IKOS, Informationsprojektet Kunskap om självskadebeteende. Där redovisades en lista med ämnesrelaterad litteratur, varav tre av elva böcker var självbiografier skrivna av personer med ett förflutet av självskadebeteende. Dessa böcker var *Vingklippt ängel* och *Känn pulsen slå* av Berny Pålsson, och *Zebraflickan* av Sofia Åkerman.

En sökning gjordes även på LIBRIS, se bilaga 1, där ordet *självskadebeteende* gav 132 träffar och *självskad\** gav 164 träffar. Flera av träffarna på sökningarna var ej självbiografier eller föll inte in under våra kriterier, och dessa böcker redovisas ej här. LIBRIS-sökningen *Självdestruktivt beteende AND biografi* resulterade i 2 självbiografier; *Zebraflickan* och *När hjärtat gråter* (Janna Nielsen). Då vi sökte på *Lz* (*Lz* = biografi: särskilda personer) *Självskad\** fick vi 2 träffar; *Vingklippt ängel* respektive *Zebraflickan*. En av oss hade tidigare kommit i kontakt med Boken *Känn pulsen slå*, vilken ej kom upp i någon av dessa träfflistor. Det förvånade oss då vi redan visste att den föll in under våra kriterier och därmed borde finnas under ovanstående sökord. För att säkerställa att ändamålsenliga ämnesord användes

gjordes en sökning på bokens titel för att se vilka dess ämnesord är, vilka bland annat visade sig vara *ungdomar med psykiska funktionshinder Sverige biografi*. Via den ämnesordslänken kom även *Vingklippt ängel* upp än en gång. Bibliotekarien på Röda korsets högskola gav ett förslag på en bok som också visade sig passa studien; *Flickan som gud glömde* (Emelie Väitalo). Genom att utföra en baklängessökning på LIBRIS undersöktes då vilka ämnesord denna bok var kategoriserad under. De första ämnesorden var *Self-Injurious behavior - personal narratives (meSH)*, vilka gav tre träffar, varav två stämde in på våra kriterier; *Flickan som gud glömde* respektive *Zebraflickan*. Nästa sökordskombination var *Psykiska sjukdomar - patienter - biografi*. Den gav 25 träffar, men den enda som stämde in på våra kriterier var *Flickan som gud glömde*. Den sista sökordskombinationen *Beteendestörningar hos ungdomar - patienter - biografi* gav endast *Flickan som gud glömde*.

Sammanfattningsvis påträffades alltså fem självbiografier som stämde med våra kriterier; *Vingklippt ängel*, *Känn pulsen slå*, *Zebraflickan*, *När hjärtat gråter* och *Flickan som gud glömde*, varav tre böcker valdes ut för analys, se bilaga 2.

Samtliga självbiografiska böcker som handlade om självskadebeteende var skrivna av kvinnor.

När "författarna" nämns i denna studie syftas det till författarna av självbiografierna.

## **5.4 DATAANALYS**

Innehållsanalysen inleddes med en genomläsning av två självbiografier. För att kunna stämma av varandras tolkningar har båda läst samma böcker. Redan efter att de två analysenheterna var lästa upplevdes en viss materialmässig mättnad, och vid tidpunkten då även den tredje boken hade avslutats, beslöts att ej lägga till och analysera fler självbiografier då det ansågs att tillräckligt med analysmaterial samlats in för att kunna ge svar på syftet.

I studien användes en induktiv ansats som, enligt Dahlborg-Lyckhage (2012), bland annat innebär att texterna tolkas förutsättningslöst utan en mall. Vi har valt att tolka innebörden av vad författarna till självbiografierna har skrivit genom att se till det manifesta i texten. Dock har en viss grad av abstraktion gjorts vilket, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008), behövs för att inte helheten ska gå förlorad och för att resultatet skall bli meningsfullt.

Parallellt med läsningen av böckerna markerades de textpartier som innehöll vårdmöten. Med vårdmöten menar vi både fysiska möten och vårdkontakter via exempelvis telefon. Efter detta lästes dessa delar, de meningsbärande enheterna, om gemensamt. De avsnitt som överensstämde med studiens syfte, och där känslor och tankar kring mötet framgick, valdes ut för vidare analys. Det togs även hänsyn till enheternas kontext, för att inte ta dem ur sitt sammanhang, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008), är viktigt för att tolkningen skall göra texten rättvisa. De meningsbärande enheterna kopierades därefter från bok till papper och klipptes sedan ut. Textmaterialet abstraherades genom att stryka under de meningar som utgjorde kärnan i enheten. Med hjälp av de understrukna meningarna kodades enheterna därefter med nyckelord på baksidan av pappret. Genom att gå igenom koderna lades de enheter som hörde ihop därpå tillsammans i högar. Genom att urskilja likheter och skillnader grupperades de kodade enheterna därpå i huvudkategorier och kategorier.

Enligt Polit och Beck (2013) är de olika delarna i analysen sällan en prydlig linjär process, och kan senare behöva revideras, vilket visade sig stämma. Även Lundman och Hällgren Graneheim (2008) betonar att kategoriseringen i analysarbetet kan vara extra problematisk när analysmaterialet handlar om känslor, då upplevelsena kan vara sammanflätade och passa i flera kategorier. En tillbakagång till de meningsbärande enheterna, med de preliminära kategorierna i åtanke, blev nödvändigt innan kategorierna helt kunde fastställas. Kategorierna användes sedan som utgångspunkt för att presentera studiens resultat. För att tydliggöra resultatet nyttjades ett flertal citat.

Tabell 1. Exempel på analysförfarande

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori	Huvudkategori
Klockan ett får jag träffa läkaren, samma läkare som jag träffat så många gånger tidigare och mitt intryck av honom är att han tycker att jag är en för jobbig, krävande och svårhjälp patient för att ens orka försöka. Nu ser han otåligt på mig.	Han tycker att jag är en för jobbig, krävande och svårhjälp patient för att ens orka försöka.	Ej känna sig värdefull	Ej känna sig värdig vård	Negativa upplevelser av bemötande
Jag spelade kort med mig själv en stund, men tröttnade. Jag lade korten så de formade ordet "hjälp" och sedan gick jag och lade mig. Det var löjligt gjort, sa skötarna. Jag tog inte åt mig. De visste egentligen ingenting om verkligheten.	Jag lade korten så de formade ordet "hjälp". Det var löjligt gjort, sa skötarna. Jag tog inte åt mig. De visste egentligen ingenting om verkligheten.	Förminskad	Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd	Negativa upplevelser av bemötande
- Antingen äter du, eller så plockar vi fram slangen. – Jag äter inte. Jag kan inte om inte Helena är här. Hon lovade! Varför ska jag kämpa, när ni inte ens bryr er så pass mycket att ni kommer när ni lovar att göra det? Skötaren tittade på den andra. –xxx, ta fram grejerna. Jag kände mig hotad, sviken och totalt maktlös.	- Antingen äter du, eller så plockar vi fram slangen.  – Jag äter inte.  - xxx, ta fram grejerna.  Jag kände mig hotad, sviken och totalt maktlös.	Hot om tvångsvård	Utlämnad och maktlös	Negativa upplevelser av bemötande
Mia måste ha sett hur det friska i mig vaknade när jag var där i paradiset, och förstätt hur mycket det betydde för mig. Jag frågade henne varför hon gjorde en sådan uppoffring för en enda flicka, och då svarade hon: - Just nu är det du som behöver mig mest.	Jag frågade henne varför hon gjorde en sådan uppoffring för en enda flicka, och då svarade hon: - Just nu är det du som behöver mig mest.	Känna sig prioriterad	Bli tagen på allvar och känna sig förstådd	Positiva upplevelser av bemötande

## 6. ETISKA ASPEKTER

I studien granskades självbiografier av personer som har skrivit om sitt självskadebeteende. Inledningsvis bedömdes att ett informerat samtycke från författarna ej var nödvändigt då dessa kvinnor har valt att öppet berätta sin historia genom att skriva ned och ge ut sina berättelser i bokform. Emellertid var deras tanke kanske inte att berättelserna systematiskt skall tolkas och sammanställas i en studie. Däri låg förstås en etisk konflikt i och med att det finns en risk att personerna ej skulle ha godkänt sin medverkan i studien om de hade fått chansen. Informanters rätt att vid studiedeltagande normalt vara anonyma (Polit & Beck,

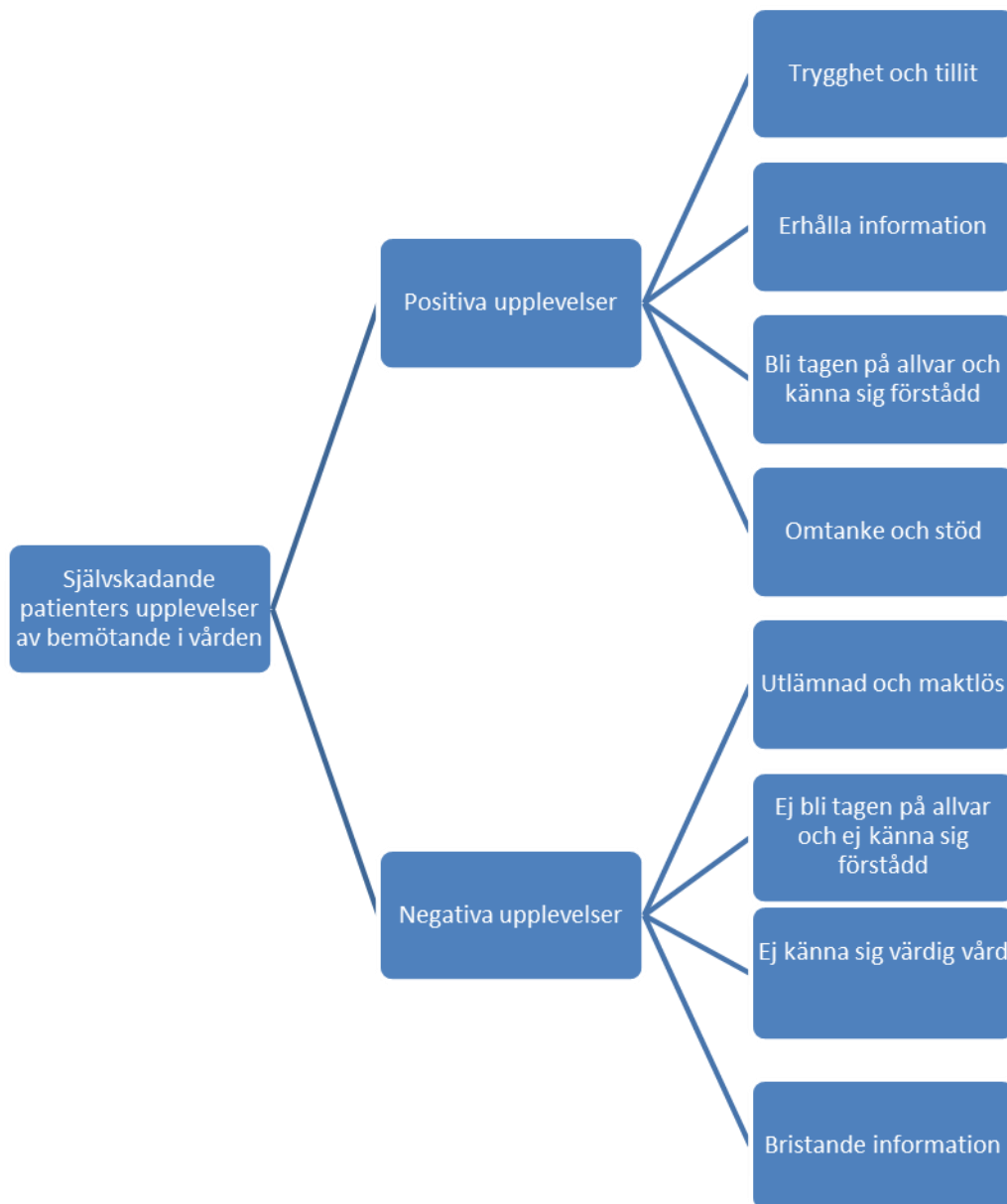
2013) kunde av förklarliga skäl heller ej tillgodoses i denna studie. Av dessa anledningar var det extra viktigt att behandla materialet och personerna bakom med respekt och värdighet, och möda lades ned på att återge citat korrekt. Detta stöds även av upphovsrättslagen till litterära och konstnärliga verk (SFS 1960:729), vilken benämner det som väsentligt att hantera författares material på ett respektfullt sätt. Vi var även medvetna om vår förförståelse inom ämnet då vi båda gjort praktik inom psykiatrin och kommit i kontakt med denna patientgrupp. Ansträngning vidtogs därför för att tolka berättelserna med ett så öppet sinne som möjligt. Värt att påpeka är även att självbiografierna ej skall likställas vid en generell beskrivning av självskadande patienters upplevelse av bemötandet inom vården, då berättelserna skall ses som unika och personliga. För att i möjligaste mån värna om självbiografiförfattarnas integritet, har citaten som finns i resultatdelen refererats som bok 1, 2 och 3. Slutligen bör även nämnas att studiens sammanhang förhoppningsvis ej upplevs kränkande för de respektive självbiografiförfattarna, då syftet var att med hjälp av deras erfarenheter och berättelser möjliggöra en förbättring av bemötandet inom vården.

## 7. RESULTAT

I nedanstående resultat presenteras hur patienter med självskadebeteende upplever personalens bemötande i vården, vilket motsvarar studiens syfte.

I analysen framträdde två huvudkategorier; *positiva* respektive *negativa upplevelser*. Under huvudkategorin *positiva upplevelser* utkristalliserade sig fyra kategorier; *Trygghet och tillit, Erhålla information, Bli tagen på allvar och känna sig förstådd* respektive *Omtanke och stöd*. Under huvudkategorin *negativa upplevelser* fann vi även här fyra kategorier; *Utlämnad och maktlös, Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd, Ej känna sig värdig vård* samt *Bristande information*. Se figur 1.





Figur 1. Kategoriöversikt

## 7.1 POSITIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE

### 7.1.1 Trygghet och tillit

Författarna beskrev genomgående att tillit till vårdpersonal medförde en känsla av trygghet. Personal som utstrålade lugn, kunde skratta tillsammans med och trösta patienter främjade tilliten hos författarna. Även sidor såsom att ta sig tid till att lyssna och finnas där gynnade tilliten. I de fall relationen mellan patient och anhöriga var ansträngd kunde personalen även fungera som en länk mellan de båda, förutsatt att båda parter kände tillit till personen.

En av författarna beskriver en relation till en vårdare som hon kände tillit till:

*“Han fick mig för första gången på mycket länge att känna förtroende för en vuxen person. Jag kände en enorm trygghet när han jobbade. Han tröstade mig när jag grät, skrattade med mig när jag var glad och fanns alltid vid min sida.”* (Bok 2)

### **7.1.2 Erhålla information**

Författarna uttryckte vikten av att få information i olika vårdsituationer. Även *hur* informationen erhöles spelade en stor roll. Rak och ärlig kommunikationen kunde upplevas positivt, trots att det ibland kunde vara svårt att höra sanningen. Författarna beskrev det som värdefullt att veta hur det faktiskt låg till, och att informationen inte var tvetydig eller inlindad. Det upplevdes även viktigt att personalen tog sig tid till att gå igenom informationen och att det gavs utrymme för frågor så att författarna kunde ventilera sina funderingar och eventuella oro.

Även att få förklarat vad sjukdomen innebar och vilken påverkan olika mediciner har upplevdes positivt, samt hur den fortsatta vården kommer att se ut och vilka resurser som finns att tillgå.

*“Han gick verkligen igenom allt så att det inte skulle behöva finnas några frågetecken.... Äntligen fanns det en person som grundligt förklarade för mig vad min sjukdom innebar, vilken effekt medicinerna hade och även vilken kost som var viktig att äta för att må bra.”* (Bok 2).

### **7.1.3 Bli tagen på allvar och känna sig förstådd**

Något som författarna beskrev som positivt bemötande är när de kände sig förstådda och personalen på olika sätt fick dem att känna att de blev tagna på allvar. Detta kunde ske genom att exempelvis få vara delaktig i sin vård och vara med i beslut som gäller sin vård.

Författarna upplevde att de blev tagna på allvar då de kände att personalen lade ned tid och resurser på dem. Även upplevelsen av att få sin vård individanpassad kunde förstärka känslan av att bli tagen på allvar och känna sig betydelsefull.

*“Jag frågade henne varför hon gjorde en sådan uppoffring för en enda flicka, och då svarade hon: - Just nu är det du som behöver mig mest.”* (Bok 1).

En liten gest av respekt kunde spela en stor roll för hur bemötandet upplevdes. Det kunde vara något så enkelt som att en vårdpersonal ursäktade sig då hen kom försent till en avtalad tid, vilket kunde göra en skillnad i den kommande relationen.

Resultatet visar att författarna upplevde förståelse som en del av det positiva bemötandet. Dels personalens förståelse i sig, men även känslan av lugn som kunde skapas i och med att någon annan förstod vad som var viktigt för dem i en viss stund och vad som kunde hjälpa eller lindra. Någon som visste vad de behövde. En av författarna beskrev hur personal som hade liknande erfarenheter kunde sätta sig in i hennes situation vilket i sin tur främjade förståelsen.

*“Mannen, som vi kan kalla Tomas, visade sig snabbt bli min stora räddning den sommaren, min ängel.... Han hade levt ett hårt liv, hade mycket erfarenheter och förstod vad det innebar att känna ångest.”* (Bok 2).

#### **7.1.4 Omtanke och stöd**

Det framgår tydligt i självbiografierna hur viktigt författarna upplevde det med omtänksamhet, att personalen ville deras bästa, i bemötande och omvårdnad. Känslan av att personalen stöttade och trodde på dem visade sig ofta vara en förutsättning för att klara av svåra situationer, likaså uppmuntran. Författarna benämnde det bland annat som “kärleksmetoden” och att “bry sig om”. Även små handlingar, som ett leende, kunde betyda mycket.

*“Överlevnadsstrategin växte fram av sig själv, och de små dropparna kärlek och omtanke jag kunde ta till mig, släckte den värsta törsten i min öken.... Varje leende, varje ord, varje beröring, varje kram fick min kalla kropp att bli varm igen.”* (Bok 1)

Författarna menade att ett omtänksamt bemötande från personalens sida kunde upplevas både genom deras kroppsspråk eller det som sades. Känslan av omtanke upplevdes även då personalen vid rätt tillfälle utförde små handlingar som att ge en klapp på axeln eller kom och gav dem en filt.

I biografierna framkom det även att författarna ofta tvivlade på sin egen förmåga att ta sig ur sitt självskadebeteende och, som nämnts ovan, hur viktigt de upplevde att det var att ha stöd från personalen och att det fanns någon som trodde att de skulle klara av att ta sig ur sitt

destruktiva beteende. I följande citat speglas det hur stor betydelse författaren upplevde att det gav, när hela livslusten stod på spel, att personalen var engagerad, trodde på henne och tog sig tid till att lyssna.

*“William är engagerad och var den som fick mig att våga ta vara på min livslust... Han tror på mig, det har jag alltid känt... Han ägnade nästan alltid hela sina arbetspass åt att prata med mig, lyssna på min förtvivlan och uppmuntrade mig utan käckhet.”* (Bok 3).

Även *hur* omvårdnadsåtgärder utfördes kunde spegla omtanke. Handlingar som för vårdpersonal med största sannolikhet blir vardag och något som normalt ej reflekteras över nämnvärt, kunde hos författarna göra stor skillnad och upplevas närmast symboliskt.

*“Men de allra flesta var snälla, och var så försiktiga med sina nålar och slangar.”* (Bok 1).

## **7.2 NEGATIVA UPPLEVELSER AV BEMÖTANDE**

### **7.2.1 Utlämnad och maktlös**

I självbiografierna framkommer det flera exempel på situationer där författarna upplevt sig maktlösa på olika sätt. Maktlösheten kunde yttra sig i en känsla av att inte ha något inflytande över sin situation och fortsatta vård, men kunde även inbegripa situationer där författarna utsattes för vårdhandlingar de ej samtyckte till, såsom isolering. Brutna löften från personalen skildrades flera gånger i böckerna. Biografierna återgav även situationer i vilka författarna uttalade synpunkter på personalens bemötande, utan att få något gehör. Det inträffade också att de blev hotade med indragna förmåner, på grund av att personalen upplevde att författarna “lade sig i”, vilket även detta skapade en känsla av maktlöshet.

I samband med att utsättas för påtvingade behandlingar eller undersökningar beskrevs situationer där författarna upplevde sig utlämnade och objektifierade. Deras kropp och skärsår beskådades och diskuterades ovanför deras huvuden. En av författarna beskrev det exempelvis som att känna sig som ett djur på zoo där minsta rörelse och beteende observeras. Författarna kände att de i dessa situationer endast blev betraktade som “självskadande patienter” (deras självskadediagnos) och personalen tog ej hänsyn till deras integritet vilket upplevdes förnedrande.

*“Här kan man då se hur höftbenet sticker ut, så vitrocken och lyfte en aning på min tröja så att läkarkandidaten kunde se min vänstra höft. - Och här ser man den typiska behåringen, fortsatte han... Axlarna talar väl för sig själva, och bröstet är troligen förminskade, stämmer det? - Öh, jo, ja..., sa jag förvirrat. - Misstänkte det. Det är också väldigt typiskt för kraftig viktnedgång. Läkarkandidaten nickade allvarligt. Stackarn måste ha känt sig nästan lika dum som jag.” (Bok 1)*

En situation där författaren i praktiken var totalt maktlös, trots sköterskans frekventa fråga till henne om hon går med på att visiteras, beskrevs av författaren som förnedrande. Författaren ville inte gå med på att klä av sig inför visitationen då hon hyste ett stort kroppsförakt och upplevde det mycket ångestladdat att visa upp sin nakna kropp.

*“När folk började strömma till för att med våld dra av mig kläderna, började jag streta emot i rent självförsvar. Jag blev förstås fastspänd igen, på mage så att jag inte kunde se något annat än madrassen och väggarna. Jag såg inte ens vilka som gick ut och in genom dörren för att se på mig. - Går du med på det nu? sa sköterskan med jämna mellanrum. - Nej! svarade jag. I trekvart envisades jag innan jag lät dem vinna. Tårarna värkte i ögonvrån när sköterskan stoppade sin hand i mina trosor, men jag skulle inte skrika, inte gråta... Efter förnedringen gick jag tyst och satte på mig en sjukhuskjorta och lade mig för att sova.” (Bok 1).*

Bristen på inflytande över de beslut som fattades skapade många gånger ilska, vilket kunde visa sig i aggressiva och fysiska protester, men även uppgivenhet. Vid ett tillfälle då en av författarna upplevde att hon inte hade något att säga till om angående sin vård beskrev hon det som att hon var för trött för att protestera och att det skulle vara lönlöst att ens försöka.

Författarna ställdes ibland inför ultimatum av personalen. En av dem berättade hur hon kände i en sådan situation.

*“- Antingen äter du, eller så plockar vi fram slangen. - Jag äter inte... Skötaren tittade på den andre. - xxx, ta fram grejerna. Jag kände mig hotad, sviken och totalt maktlös.” (Bok 1).*

### **7.2.2 Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd**

Genomgående tas det i författarnas berättelser upp att de ofta kände sig oförstådda av vårdpersonalen, oberoende om personalen utstrålade empati eller antipati för dem. Författarna

upplevde att personalens antipati och/eller bristande förståelse för självskadebeteende återspeglades i bemötandet och kommunikationen dem emellan. Känslan av att ej bli tagen på allvar var likaså återkommande i självbiografierna. Författarna beskrev dels situationer där de upplevde att personalen inte hade förståelse för deras sjukdom och inte tog sjukdomen på allvar, men även tillfällen då de inte blivit tagna på allvar som människor. De blev ofta bemötta med en "ryck upp dig"-attityd". En av författarna uttryckte att om man inte har upplevt det hon har varit med om under sin sjukdomstid kan man inte förstå hur hon känner.

*"De har heller inte blivit avklädda med tvång, och fått stå helt nakna utan en tråd på kroppen inför både män och kvinnor. De ha inte gråtit i timmar av dåligt samvete för att alla ens älskade ser en så eländig, och till slut fått byxorna neddragna och en spruta i skinkan istället för en kram till tröst. De har inte blivit nedbrottade tre gånger om dagen av fem starka karlar för att få en slang nedtryckt i näsan så att skavsårsblåsorna spricker än en gång, medan en av dem som håller fast ens huvud skrattar: - Du tycker det här är roligt va? Ni brukar tycka det, ni tonåringar. De har aldrig varit i den världen. De kan inte förstå, ingen kan förstå min rädsla för den platsen."* (Bok 1).

Författarna beskriver att trots att vårdpersonal kunde mena väl och ville visa omtanke och uppmuntran kunde det bli fel och istället resultera i att författarna kände sig oförstådda och ensamma. Kommentarer som var menade i omtanke, kunde uppfattas trivialiserande och nedlåtande, då hon upplevde att hon svävade mellan liv och död.

*"'Flicka lilla, du som är så söt egentligen, sätt på dina lite fina kläder och tvätta håret, då mår du säkert lite bättre efteråt.' Skötarna menar kanske väl, men alla sådana kommentarer känns så hånfulla när jag rör mig mellan liv och död, när rösterna styr varje rörelse."* (Bok 3)

På anorexiteamets öppenvårdsmottagning upplever en av författarna att hon inte tas på allvar när hon själv oroar sig över sin viktnedgång då hon känner att hon har tappat kontrollen. Trots att hon uttryckligen säger att hon är orolig skojar det bort både av hennes kontaktperson och av hennes läkare.

*- Men jag har gått ned en del i vikt... Det oroar mig lite för jag har överskridit den där magiska gränsen, då jag liksom tappar kontrollen... Mona log och sade glatt: - Du får börja äta fler lussebullar... - Oj, det behövs fler lussebullar där! kommenterade min läkare nära*

*han såg mig i korridoren efter mitt samtal med Mona... Vad var det för en konstig lussebulleklubb som intagit anorexiteamet?... Jag var ju rädd... Varför skojade de bort mig när jag försökte fånga deras uppmärksamhet? Tog de mig inte på allvar... (Bok 1)*

Ibland togs inte ens ett ordagrant rop på hjälp på allvar.

*“Jag lade korten så de formade ordet ‘hjälp’ och sedan gick jag och lade mig. Det var löjligt gjort, sa skötarna. Jag tog inte åt mig. De visste egentligen ingenting om verkligheten.”*  
(Bok 1)

### **7.2.3 Ej känna sig värdig vård**

Ett återkommande tema i böckerna är att författarna ofta hade en känsla av att bli föraktade och att personalen tyckte att de tog upp plats för de som var sjuka “på riktigt” i och med att de själva hade tillfogat sig sina skador. Denna attityd eller antipati väckte ofta ilska men även en känsla av att faktiskt inte vara värdig vård. En författare skrev att hon blivit informerad av personalen om hur mycket en vårdplats inom psykiatri kostade, vilket väckte känslor av att vara en börda och belastning för personal och samhälle.

*“Ilskan håller ihop mig. Den vibrerar igenom abstinensen och demonernas röster. Jag har rätt till vård, lika självklart som en högvälönad människa som råkar ha problem med hjärtat får hjälp. Om en människa kommer in med hjärtinfarkt så är det ingen som säger ‘du får skylla dig själv’ och nekar denna person vård. Men jag möts av föraktfulla blickar och djupa suckar och bli bollad fram och tillbaka när jag självmant söker vård för mina sjukdomar.”*  
(Bok 3)

*“Andra gav mig bara en blick. Jag visste så väl vad den betydde!... Genom människors blickar såg jag direkt vad de tänkte... Trots att de försökte dölja sina förbjudna känslor bakom yrkesrollen kände jag att de tyckte att jag tog upp plats för dem som var sjuka på riktigt. (Bok 1)*

Författarna beskrev vid flera tillfällen sina upplevelser av att vårdpersonalen tyckte att de tillhörde en hopplös patientkategori som är svår att hjälpa, och att personalen många gånger ej trodde eller hyste något hopp om att författarna skulle klara av att förändra sitt självska debeteende.

*“Klockan ett får jag träffa läkare, samma läkare som jag träffat så många gånger tidigare och mitt intryck av honom är att han tycker att jag är en för jobbig, krävande och svårhjälp patient för att ens orka försöka. Nu ser han otåligt på mig. (Bok 3).*

Känslan av att inte vara värdig vård kunde stärkas av personalens ignorans. Upprepade gånger i självbiografierna beskrevs det hur författarna kände sig ignorerade av vårdpersonalen, vilket kunde upplevas provocerande, men, återigen, även väcka känslor av att vara en börda och inte vara värdig vård. I nedanstående citat återger författaren hur hon, trots uppenbart behov av att bli sedd och omhändertagen, särskilt på grund av sin ringa ålder, blir helt ignorerad av skötarna, då hon som ny patient anländer till avdelningen.

*“Jag minns första kvällen, när jag kom dit. Jag var sexton år, egentligen alldeles för ung för vuxenpsykiatrin, och robotarna mötte mig iskalla i sina vita rockar. Jag hade inga strumpor, och jag grät... Skötarna sa ingenting, tackade bara av de andra skötarna som lämnat mig, innan de låste de tre dörrarna. Vad tänkte jag? Jag minns inte. Kanske var jag glad för att de förnekade min existens. Den hade så plötsligt blivit inte bara meningslös utan också en tung last för alla att bära. (Bok 1)*

#### **7.2.4 Bristande information**

I självbiografierna visade det sig att författarna ofta upplevde en bristfällig information gällande exempelvis fortsatt vård, möjliga behandlingar, avdelningsrutiner och mediciner och dess biverkningar, vilket orsakade oro och osäkerhet.

Författaren berättar i följande citat hur tankarna skenade iväg då en läkare ej tar sig tid till att ge ordentlig information och hur detta medförde att hon genast befarade det värsta.

*“Dags för undersökning igen. En läkare hade kastat några ord i ansiktet på mig och sedan gått därifrån. - Jag skickar en remiss till kardiologen för ditt hjärta slår dubbla slag ibland. Kallelsen kommer nog på posten snart. Slår dubbelt, hade jag undrat. Vad betyder det? Att jag var döende? Att jag kunde få hjärtinfarkt när som helst, eller att jag hade en stor tumör fastvuxen i hjärtat? (Bok 1).*



## 8. DISKUSSION

Under analysen av självbiografierna framkom att författarna upplevde det mycket viktigt att känna tillit för vårdpersonalen för att känna trygghet i vården. De fann det även viktigt att erhålla god och utförlig information om sin sjukdom och vård, att informationen gavs på ett korrekt och adekvat sätt samt att tid fanns för att kunna få svar på eventuella frågor.

Essentiellt var även att känna sig förstörd av personalen, och att ens sjukdom och person togs på allvar. Ett omtänksamt bemötande och känslan av att personalen vill ens bästa var likaså grundläggande. Författarna framhöll även vikten av att få vara delaktig i sin vård. Att känna stöd och uppmuntran från personalen och att författarna upplevde att vårdpersonalen trodde på deras tillfrisknande beskrevs också som mycket viktigt. Känslan av att vara maktlös och inte ha något inflytande över sin situation eller vård var däremot förödande. Slutligen framkom det att författarna ofta upplevde en känsla av att vårdpersonalen inte tyckte att de var värdiga vård, utan tog upp plats för de som var sjuka "på riktigt". Detta resulterade både i frustration och ilska ifrån författarnas sida, men även att de själva började se sig som en börda för anhöriga, sjukvård och samhälle.

### 8.1 METODDISKUSSION

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats är ofta en lämplig metod inom omvårdnadsforskning för att granska och tolka texter, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008), vilket påverkade metodvalet. Tillvägagångssättet i denna studie har inspirerats av deras beskrivning av hur en kvalitativ innehållsanalys kan utföras.

Motivet till att analysera självbiografier var att materialet gav möjlighet att granska författarnas upplevelser såsom de beskriver med egna ord, utan den påverkan utifrån som det kan innebära att vara informant vid exempelvis en intervjustudie. Valet att göra en analys av berättelser är, enligt Dahlborg-Lyckhage (2012), fördelaktigt för att få fram hur människor, utifrån sin livsvärld, upplever vårdande, och vilka konsekvenser dessa människor upplever att vårdandet leder till. Biografier är "livsbeskrivningar" och innehåller ofta utförliga och rikliga beskrivningar av människor och deras vardag, vilket gör att materialet lämpar sig väl i vetenskapligt syfte (ibid.). Användande av deltagarnas egna ord är lämpligt vid studier som grundar sig på människors upplevelser och erfarenheter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Dock är materialet i en självbiografi redigerat och kan vara färgat av en process som

lyft eller dolt viktiga delar. Detta kan således påverka resultatet av studien, vilket får ses som en eventuell svaghet. Böckerna som valdes ut för analys är utgivna mellan år 2007-2008. Motivet till att använda förhållandevis nyskrivna självbiografier är att få en spegling av hur bemötandet upplevs med den samhällssyn, kunskap och de värderingar som präglar vården idag.

I datasökningen framkom fem böcker som, i och med att inklusionskriterierna stämde in, var relevanta för studien. Tillgängligheten styrde vilka böcker som valdes ut för analys. För att kunna jämföra varandras tolkningar läste båda samma självbiografier. Efter att två analysenheter var lästa upplevdes en viss materialmässig mättnad, och vid tidpunkten då även den tredje boken hade avslutats, beslöts att ej lägga till och analysera fler självbiografier. Detta då analysmaterialet ansågs tillräckligt för att kunna ge svar på syftet och för att ha en volymmässigt hanterbar textmassa att analysera. Resultatet blev att endast ett fåtal personers berättelser redovisades, vilka inte behöver spegla en allmängiltig upplevelse av vårdmötet. Detta påverkar överförbarheten, det vill säga om resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Materialet i denna studie har dessutom påverkats av vår förförståelse och blivit tolkat, vilket kan ha en negativ inverkan på överförbarheten. För att underlätta bedömningen av denna har möda lagts på att noggrant beskriva urval, datainsamling, analys och val av självbiografier, vilket underlättar bedömningen av en studies överförbarhet, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

I resultatet har flera citat använts för att visualisera hur de olika temana har framkommit, vilket ger en ökad möjlighet för läsaren att bedöma giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Då enbart självbiografier skrivna av kvinnor framkom vid sökningen har endast ett perspektiv från kvinnors upplevelser kunnat analyseras i denna studie, vilket kan ha påverkat studiens resultat och giltighet, då en kvalitativ innehållsanalys, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008), ska beskriva variationer.

Trovärdigheten påverkas av forskarnas förförståelse och eventuella erfarenhet inom ämnet, vilket vi har varit medvetna om och därför har försökt tolka texterna på ett kritiskt sätt, för att påverka resultatet så lite som möjligt. Det kritiska förhållningssättet var många gånger svårt att hålla, då texterna ofta var gripande och skildrade dramatiska situationer. Detta bidrog till att det ibland var svårt att hålla sig objektiv i granskningen av självbiografierna, vilket kan ha bidragit till eventuella svagheter i studien.

Böckerna som analyserats lästes enskilt, varefter de meningsbärande enheterna var för sig togs ut. Därefter fattades gemensamt beslut om vilka enheter som skulle väljas ut. Även kodning och kategorisering har skett gemensamt. Detta är ett förfarande som Lundman och Hällgren Graneheim (2008) anser stärka tillförlitligheten i ett resultat. Under hela analysarbetet har reflektion och diskussion av texttolkningarna skett gemensamt för att uppnå en samstämmighet vid kodning, kategorisering och diskussion, vilket kan ses som ett konsensusförfarande, som, enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) och Polit och Beck (2013), ökar tillförlitligheten.

## **8.2 RESULTATDISKUSSION**

Under studiens dataanalys har det framkommit hur patienter med ett självskadebeteende upplever bemötandet i vården, vilket motsvarar studiens syfte.

De begrepp som framkommit i samband med ett positivt bemötande (*Trygghet och tillit, Erhålla information, Bli tagen på allvar och känna sig förstådd samt Omtanke och stöd*) tas upp i Sjuksköterskeförningens Värdegrund för omvårdnad (Jacobsson, Palm, Willman, Nordström, 2010) och nämns även upprepade gånger under sjuksköterskeutbildningen på Röda Korsets Högskola. De upplevs som självklara begrepp i samband med omvårdnad och även i denna studie visade de sig vara essentiella för patientens upplevelse av ett positivt bemötande. Trots detta har det framkommit att det många gånger är svårt för personalen att bemöta patienten på ett önskvärt sätt. En bidragande orsak till detta torde vara de starka känslor självskadebeteende väcker samt okunnighet på området, vilket, enligt tidigare studier (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006; Dickinson & Hurley, 2011), kan avhjälpas genom bland annat utbildning för vårdpersonal om självskadebeteende. Studien visar att det finns mycket kvar att göra för att få vården mer professionell i bemötandet av dessa patienter.

### **8.2.1 Trygghet och tillit**

Resultatet visar vikten av tillit till vårdpersonal för att känna trygghet i vården. Egenskaper som i detta sammanhang upplevdes positivt var humor, lugn och förmågan att kunna trösta. Likaså att ta sig tid till att lyssna och finnas där. Detta resultat styrks i en studie utförd av Langley och Klopper (2004), där begreppet tillit sågs som avgörande för skapande och underhåll av en terapeutisk relation. Denna relation utgjorde, för både personal och patienter, en viktig bas för omvårdnaden inom psykiatrisk vård. Faktorer som visade sig vara avgörande

för att känna tillit i relationen till sjukvårdspersonal var att känna att de hade tid och var tillgängliga och att som patient känna sig trygg i omvårdnaden genom att både psykiska och fysiska behov blev tillgodosedda. Patienter upplevde det även viktigt att bli bemötta som människor och inte bara bli betraktade som ett problem, vilket i sig kan bidra till goda relationer i vården och även bidra positivt till behandlingen (ibid.) Holm och Severinsson (2011) redovisar i sin studie att för patienter med ett självskadebeteende är trygghet, tillit och känslan av att bli tagen på allvar viktiga faktorer som påverkar tillfrisknandeprocessen.

Som tidigare beskrivits så är det i mötet med patienter som skadar sig själva viktigt att skapa individuella relationer som bygger på trygghet och respekt (Lindgren, 2010 och Schoppmann, Schröck, Schnepf & Büscher, 2007). I resultatet synliggörs exempelvis behovet av att ha någon att prata med, men att relationen till vårdpersonalen var avgörande för om samtalet skulle bli givande. När relationen till personalen präglades av tillit kände författarna att de kunde anförtro sig och få utlopp för behovet av att prata med någon, de kände en trygghet i att personen skulle klara av att härbärgera eventuella starka känslor och tankar. De uttryckte även en lättnad över att kunna prata av sig utan att behöva oroa sig över att vara en belastning, vilket får ses som en positiv utgång av en tillitsfull relation.

### **8.2.2 Erhålla information/ Bristande information**

I studien framkommer det att var viktigt med utförlig information och att erhålla den på ett pedagogiskt sätt, utan att vårdpersonalen upplevdes stressad. Detta gällde till exempel innebörden av författarnas sjukdom och läkemedlens påverkan, men även information om hur den fortsatta vården skulle se ut, vilka resurser som fanns att tillgå samt avdelningsrutiner med mera. Bristfällig information orsakade oro och osäkerhet hos författarna, medan rak och ärlig information upplevdes som positivt och det beskrevs som värdefullt att veta att informationen inte lindades in. Resultatet kan härledas till tidigare forskning som visar att patienter är mer tillfredsställda med sin vård i de fall sjuksköterskor har möjlighet att ge tid till att informera om omvårdnadsåtgärder (Henderson et al., 2007).

### **8.2.3 Bli tagen på allvar och känna sig förstådd/ Ej bli tagen på allvar och ej känna sig förstådd**

Resultatet visar att förståelse upplevdes som en del av det positiva bemötandet. Dels personalens förståelse i sig, men även känslan av lugn som kan skapas i och med att någon annan vet vad som är viktigt i en viss stund och vad som kan hjälpa eller lindra, vilket, som tidigare beskrivits, även tas upp av Dahlberg och Segersten (2010), då de menar att utförandet av ett caritativt vårdande kräver en förståelse för patienten och dennes livsvärld.

Känslan av att inte bli tagen på allvar och att inte bli förstådd kunde inbegripa både att författarna upplevde att deras sjukdom inte blev förstådd eller togs på allvar, och att de som människor inte blev förstådda eller togs på allvar. Oförståelse från personalens sida kunde innebära att kommentarer som var menade i omtanke ibland uppfattades som trivialiserande och nedlåtande eller upplevdes vara uttalade med en "ryck upp dig"-attityd, vilket skapade en känsla av att vara oförstådd och ensam. Känslan av att som patient känna sig oförstådd och/eller att inte bli tagen på allvar kan ses som ett vårdlidande. Eriksson (1994) beskriver, vilket nämnts ovan, att vårdlidandet uppstår när sjuksköterskans kunskap, attityd och hållning gentemot patienten inte motsvarar de behov och begär patienten har. En negativ indirekt maktutövning från personalens sida kan upplevas då patienten ej blir tagen på allvar vilket kan medföra en känsla av att "inte räknas" (ibid.).

I resultatet framkom även att författarna fann det viktigt att känna att det var någon som visste vad de behövde och att personalen på olika sätt fick dem att känna att de blev tagna på allvar, vilket även skildras i Mok och Chius (2004) artikel, där det framgår att det är viktigt för patienten att känna att sjukvårdspersonalen är medveten om patientens uttalade behov och har en förståelse för patientens lidande för att en förtroendefull relation skall kunna utvecklas (ibid).

För att upprätthålla respekt från patienten är det viktigt att sjuksköterskan ser på patienten som en unik individ, enligt Henderson et al. (2007), vilket även framkom i denna studies resultat. Upplevelsen av bli betraktad som en autonom person, ha inflytande över sin vård och att få sin vård individanpassad förstärkte känslan av att bli tagen på allvar och känna sig betydelsefull. Upprepade gånger framkom att det värderades högt då personalen lade ned tid och resurser på dem.

Ett respektfullt bemötande är grundläggande för vårdgivandet, enligt McCance, McKenna och Boore (1997). I denna studies resultat tydliggörs att en liten gest kunde spela en stor roll för hur bemötandet upplevdes, då något så enkelt som att en vårdpersonal ursäktade sig då hen kom försent till en avtalad tid skapade en positiv start på relationen.

#### **8.2.4 Utlämnad och maktlös**

I resultatet ses många situationer då författarna upplevde maktlöshet, bland annat då de hade bristande inflytande över sin situation och vård, eller utsattes för vårdhandlingar utan att samtycka. De fick även ultimatum ställda av personalen, och hot om indragna förmåner.

Enligt en studie om patienters missnöje i mötet med vården är det situationer då patienter känt sig maktlösa, avhumaniserade och nedvärderade (Coyle, 1999), som resulterat i att de inte känner sig tillfredsställda med sin vård. Något som även kan ses i denna studie. Förutom de situationer då författarna kände sig maktlösa på grund av exempelvis bristen på inflytande, beskrevs även situationer då de upplevde sig objektifierade, avhumaniserade. Detta ofta i samband med undersökningar. Deras kropp och skärsår beskådades och diskuterades ovanför deras huvuden, och personalen tog ej hänsyn till deras integritet, vilket upplevdes förnedrande och ångestfyllt. Enligt Henderson et al. (2007) är det mycket viktigt att ta hänsyn till just integriteten för att värna om patientens välbefinnande, och enligt Eriksson (1994) även för att undvika ett så kallat vårdlidande. Henderson et al. tar även upp att sjuksköterskans position i vården är lämplig för att se till att respekt och integritet upprätthålls (ibid.).

#### **8.2.5 Omtanke och stöd**

Resultatet visar hur viktigt det är att få ett omtänksamt bemötande. Omtänksamheten speglades både verbalt och genom kroppsspråk, och små handlingar kunde betyda mycket. Likaså hur handlingarna utfördes. Det upplevdes mycket positivt att i svåra situationer få stöd och uppmuntran av personalen, vilket, som även beskrivs i bakgrunden, enligt Zlotnick et al. (1996), kan påverka patienters återhämningsprocess positivt.

### **8.2.6 Ej känna sig värdig vård**

Författarna upplevde ofta att personalen ignorerade dem och kände antipati gentemot dem, och även hyste en uppfattning om att de tog upp plats för de som var sjuka “på riktigt”. Detta upplevdes många gånger provocerande och väckte känslor av ilska, men även känslor av att faktiskt inte vara värdig vård samt att vara en börda och belastning för såväl personal som samhälle. Eriksson (1994) beskriver att sjukhuspersonal ofta har en uppfattning om hur idealpatienten skall vara och uppföra sig, och det kan misstänkas att patienter med ett självskadebeteende inte faller in under den mallen, då de själva tillfogar sig sina skador. Eriksson menar att om patienten skiljer sig från “idealpatienten” kan bestraffning ges från personalens sida genom att undvika eller nonchalera patienten, eller till och med undvika att ge karitativ vård, vilket kan upplevas mycket förnedrande för patienten. Denna studies resultat visade även att författarna upplevde att de tillhörde en svårhjälp patientkategori, och att personalen ofta inte hyste något hopp om att författarna skulle klara av att förändra sitt självskadebeteende. Som tidigare beskrivits är just förmågan att förmedla hopp mycket viktig för sjuksköterskor som behandlar självskadande patienter, enligt Shoppmann, Schröck, Schnepf och Büscher (2007).

## **9. SLUTSATS**

Studien stärker kunskapen om att bemötandet inom vården har en avgörande betydelse för relationen mellan vårdare och vårdtagare. Kategorierna som framkommit tar upp aspekter som påverkar bemötandet i både positiv och negativ riktning. Då patienten upplevde trygghet och tillit, omtanke och stöd, blev tagen på allvar och kände sig förstörd samt fick god information skapades en bra grund för en tillitsfull relation. Om bemötandet däremot skapade känslor av maktlöshet och att vara utlämnad, att inte vara värdig vård, inte bli tagen på allvar eller känna sig förstörd samt erhållandet av bristfällig information upplevdes bemötandet negativt, vilket kunde bidra till ett vårdlidande för patienterna.

## **10. KLINISK BETYDELSE**

Resultatet i denna studie kan ge en ökad kunskap för vårdpersonal hur patienter med självskadebeteende kan uppleva bemötandet i vården. En ökad kunskap och bättre förståelse för vad i bemötandet som av patienten upplevs positivt respektive negativt kan leda till ett förbättrat och mer professionellt bemötande av dessa patienter både inom psykiatri och övriga sjukvården, vilket är viktigt för ett gott tillfrisknande. Vår förhoppning är att denna studie kan bidra till detta.

## **11. FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING**

Studier finns gjorda på hur vårdpersonal upplever mötet med självskadande patienter, men det råder brist på forskning som tar upp dessa patienters perspektiv på bemötandet de får. De resultat som framkommit i denna studie visar att det många gånger brister i bemötandet och resultaten skulle kunna ligga till grund för fortsatta och mer omfattande studier.



## 12. REFERENSLISTA

Andersson, H., Andersson, K., Harty, M., Holm, H., Starrsjö, M., Svederberg-Berger, Y. & Wieselgren, I-M. (2010). *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Från

[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=7ac78466-28c8-449e-b0fb-1d92018d73d5&MediaArchive\\_ForceDownload=true](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=7ac78466-28c8-449e-b0fb-1d92018d73d5&MediaArchive_ForceDownload=true)

Barn och ungdomspsykiatri. (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*.

Stockholm: Hämtad 13 november, 2013, från

[http://iqpager.quid.se/pdf2swf/files/User378370136/UploadedPDF/BUP\\_riktlinjer\\_sep8.pdf](http://iqpager.quid.se/pdf2swf/files/User378370136/UploadedPDF/BUP_riktlinjer_sep8.pdf)

Coyle, J. (1999). Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of 'personal identity threat'. *Sociology Of Health & Illness*, 21 (1), 95-124. doi: 10.1111/1467-9566.t01-1-00144

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 161-172 ). Lund: Studentlitteratur.

Dickinson, T. & Hurley, M. (2011). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(1), 147-158. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05745.x

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm. Liber.

Eriksson, U. & Svedlund, M. (2007). Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal Of Clinical Nursing*, 16, 438-446. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01544.x

Foldemo, A. (2010). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 326-337). Lund: Studentlitteratur.

Henderson, A., van Eps, M., Pearson, K., James, C., Henderson, P. & Osborne, Y. (2007). 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal Of Advanced Nursing*, 60(2), 146-153. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04382.x

Holm, A-L. & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 165-173. doi:101111/j.1447-0349.2010.00713.x

Jablonska, B. (2011). *Självskadebeteenden bland ungdomar och unga vuxna: Rollen av etnisk bakgrund, familjens socioekonomiska status och skolprestationer*. (2011:21). Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Från <http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Psykisk%20H%C3%A4lsa/Sj%C3%A4lvskadebeteenden%20bland%20ungdomar%20och%20unga%20vuxna%202011.21.pdf>

Jacobsson, C., Palm, C., Willman, A. & Nordström T. I. (2010) *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf>

Langley, G. & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 12(1), 23-32. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x

Lindgren, B-M. (2010). Självskadebeteende. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (s.197–211). Lund: Studentlitteratur.

Lundh, L-G. (2012) *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen* (Institutionen för psykologi Lunds universitet) Hämtad från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/nationella-sjalvskadeprojektet](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/nationella-sjalvskadeprojektet).

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-171). Lund: Studentlitteratur.

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal Of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x

McCance, T.V., McKenna, H.P. & Boore, J.R. (1997) Caring: dealing with a difficult concept. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 241–248. Hämtad från databasen Medline with Full Text.

McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and emergency nursing*, 14, 4-10. doi:10.1016/j.aen.2005.10.005

Mok, E., & Chiu, P. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal Of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Pålsson, B. (2008). *Känn pulsen slå*. Stockholm: Forum.

Samuelsson, M. (2001). Självskadebeteende - ett fenomen hos tonårsflickor. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 5, 449-454. Hämtad från databasen SweMed+.

SFS 1960:729. Upphovsrättslagen. Hämtad 19 november, 2013, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1960729-om-upphovsratt-sfs-1960-729/?bet=1960:729>

Shoppmann, S., Schröck, R., Schnepf, W. & Büscher, A. (2007). “Then I just showed her my arms...” Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behavior. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(6), 587-597. Hämtad från CINAHL with Full Text.

Socialstyrelsen (2012a). *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 8 november, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf>

Socialstyrelsen (2012b). *Fler unga män vårdas för självskaador än för våld*. Hämtad 8 november, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012oktober/flerungamanvardasforsjalvskadoranforvald>

Socialstyrelsen (2012c). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig; Handbok för vårdgivare chefer och personal*. Hämtad 17 december, 2013 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (u.å.). *Självskaadebeteende - beskrivning*. Hämtad 20 december, 2013, från <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/halsoproblem/Sjalvskadebeteende/Sidor/Sjalvskadebeteende-beskrivning.aspx>

Solomon, Y. & Farrand, J. (1996). "Why don't you do it properly?" Young women who self-injure. *Journal Of Adolescence*, 19(2), 111-119. Hämtad från MEDLINE with Full Text.

Stetka, B. & Correll, C. (2013, May 21) *A guide to DSM-5*. Hämtad 20 december, 2013, från Medscape, [http://www.medscape.com/viewarticle/803884\\_15](http://www.medscape.com/viewarticle/803884_15)

Välitalo, E. (2008). *Flickan som Gud glömde*. Luleå: E-net i Luleå.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Zlotnick, C., Shea, M., Pilkonis, P., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *The American Journal Of Psychiatry*, 153(8), 1021-1027. Hämtad från databasen MEDLINE with Full Text.

Åkerman, S. (2007). *Zebra flickan*. (1. uppl.) Västerås: Författarhuset.

Bilaga 1. Tabell 2. Sökmatrix över självbiografier

Databas/ Källa	Sökord	Träffar	Aktuella självbiografier	Valda självbiografier
Libris	Självskaдебeteende	132		
Libris	Självskaд*	164		
Libris	Självedstruktivt beteende AND biografi	2	Zebraflickan (Åkerman 2007)  När hjärtat gråter (Nielsen, 2005)	1
Libris	Lz Självskaд*	2	Vingklippt ängel (Pålsson, 2004)  Zebraflickan (Åkerman, 2007)	
Libris	Ungdomar med psykiska funktionshinder Sverige biografi	2	Känn pulsen slå (Pålsson, 2008)  Vingklippt ängel (Pålsson, 2004)	1
Bibliotikarien (Röda korsets högskola) och Libris	Self-Injurious behavior - personal narratives (meSH), Psykiska sjukdomar - patienter - biografi, Beteendestörningar hos ungdomar - patienter - biografi	1	Flickan som gud glömde (Välitalo, 2008)	1

Bilaga 2. Tabell 3. Översikt över självbiografier.

<b>Titel och år</b>	<b>Författare</b>	<b>Handling</b>
Flickan som gud glömde (2008)	Välitalo, Emelie	Boken handlar om en 14-årig flickas kamp med sin inre ångest, vilken hon försöker bemästra genom att bland annat skära sig. Hon beskriver sin kamp för att få hjälp med sin självdestruktivitet.
Känn pulsen slå (2008)	Pålsson, Berny	Denna självbiografi är skriven av en ung, psykiskt sjuk kvinna med självskadebeteende och missbruksproblem.
Zebra flickan (2007)	Åkerman, Sofia	Detta är historien om en 18-årig flicka som försöker anpassa sig till livet efter att ha slussats runt på olika institutioner på grund av sitt självskadebeteende.