

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:84

Bemötande i vården
Flickor med självskaðebeteende

Annelie Boström
Malin Åkesson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

| | |
|------------------------|--|
| Examensarbetets titel: | Bemötande i vården Flickor med självskadebeteende |
| Författare: | Annelie Boström/Malin Åkesson |
| Huvudområde: | Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad |
| Nivå och poäng: | Kandidatnivå, 15 högskolepoäng |
| Kurs: | SSK06 |
| Handledare: | Katarina Karlsson |
| Examinator: | Lena Nordholm |

Sammanfattning

Självskadebeteende innebär att skada sig själv på något sätt. Avsikten är inte att ta livet av sig utan att dämpa sin ångest och inre smärta. Majoriteten av personer med självskadebeteende är flickor i tonåren. Socialstyrelsen (2004) rapporterar att cirka en procent av alla flickor mellan 13-18 år någon gång skadat sig själva på något sätt. Syftet med studien är att få en uppfattning av hur självskadande tonårsflickor upplever bemötandet i vården. Studien är en kvalitativ innehållsanalys som gjorts med hjälp av tre självbiografier där flickorna berättar om sina upplevelser av bemötandet i vården. Resultatet presenteras i kategorierna: Känslan av hopplöshet vid bemötande, där vi belyser flickornas upplevelser av förtvivlan när löften inte hålls och när de inte blir tagna på allvar av vårdpersonal. Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet, belyser flickornas upplevelser av personalens maktövertag och känslan av att bli behandlad som ett objekt. Möjlighet till stöd vid bemötandet, belyser betydelsen av vårdpersonal som lyssnar och vilket stöd det är för flickorna. I resultatdiskussionen diskuterar vi flickornas upplevelse av bemötande. Genom att komma fram till begreppen vårdlidande och trygghet, som vi anser speglar de bemötande flickorna upplevt i vården kan vi se hur dessa två områden tydligt har framträtt ur biografierna.

Nyckelord: *självskadebeteende, flickor, upplevelse, vårdens bemötande, lidande, innehållsanalys.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Om självskadebeteendet | 1 |
| Bakomliggande orsaker | 2 |
| Tidigare forskning och statistik | 3 |
| Behandling av självskadebeteende | 3 |
| Ungdomars syn på vården | 4 |
| Vårdens bemötande | 5 |
| Det etiska patientperspektivet | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 6 |
| SYFTE | 7 |
| METOD | 7 |
| Urval | 7 |
| Analys | 8 |
| RESULTAT | 10 |
| Känslan av hopplöshet vid bemötandet | 10 |
| När löften inte hålls | 10 |
| Att inte bli tagen på allvar | 12 |
| Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet | 13 |
| Upplevelsen av personalens maktövertag | 13 |
| Behandlad som ett objekt | 15 |
| Möjlighet till stöd i omvårdnaden | 16 |
| Betydelsen av att vårdpersonal lyssnar | 17 |
| DISKUSSION | 18 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Analysprocessen | 18 |
| Metodens styrkor | 18 |
| Metodens svagheter | 19 |
| Resultatdiskussion | 19 |
| Vårdlidande | 20 |
| Trygghet | 23 |
| SLUTSATSER | 23 |
| REFERENSER | 25 |
| Bilaga 1 | 28 |

INLEDNING

”Ni förstår, jag ville inte ta livet av mig, jag ville bara att en del av all smärta skulle försvinna” (Bywaters och Rolfe, 2002 s195).

Det här arbetet kommer att handla om flickor med självskadebeteende. Hur flickorna ser på bemötandet i vården är det centrala. Arbetet grundar sig på tre självbiografier: Ett bipolärt hjärta, Vingklippt ängel och Zebraflickan. Självbiografierna beskriver tre flickors kamp mot självskadebeteende. Vårt intresse för självskada uppmärksammades främst under vår tid på praktikplatserna inom psykiatri, men även på vårdcentral och vårdavdelning där vi mötte många flickor med självskadebeteende. Personalen vi arbetat med under vår VU bemötte flickorna på olika sätt. Därför vill vi undersöka hur dessa flickor ser på bemötande i vården och om det finns något som bör uppmärksammas. Efter genomgång av litteraturen kan vi se att flickor med självskadebeteende uppfattar vården som bristfällig. Därför vill vi genom flickornas upplevelse ge en bättre förståelse av hur de upplever bemötandet.

BAKGRUND

Bakgrunden är upplagd på följande sätt: Om självskadebeteende, bakomliggande orsaker, tidigare forskning och statistik, behandling av självskadebeteende, ungdomarnas syn på vården, brist på utbildning, och det etiska patientperspektivet.

Om självskadebeteendet

Självskadebeteende är en avsiktlig och övervägd handling som personen utför mot sig själv. Begreppet ”Selfharm” (självd destruktivitet) innebär att personen utsätter kroppen för skada (Socialstyrelsen, 2004b).

Självskadebeteende är ett samlingsnamn av att skada sig själv på något sätt. Det kan handla om att rispa eller skära sig, bränna hål på huden eller skada sig på ett eller annat sätt. Meningen är inte att dö utan att dämpa sin ångest eller sin smärta (Lindgren, 2010). Psykiatern Karl Menninger var den första mannen som beskriver självskadebeteende och självmordshandling som två skilda begrepp. Självskadebeteende är en handling som utförs i syfte att skada sig själv och inte för att ta livet av sig (Socialstyrelsen, 2004b). Rapporten från Socialstyrelsen (2004c) visar att självskadebeteende innebär en viss ökad risk för självmord och finns vanligen hos personer med instabila personlighetsdrag. Vanligt förekommande är att självskadandebeteende avtar med ökad ålder och personlig mognad. Socialstyrelsen (2004b) skriver att skador hos dem som självskadar oftast är lindriga och att personerna som regel inte behöver uppsöka vård för behandling. Rapporten från Socialstyrelsen (2004a) visar att det framförallt är flickor i tonåren som utvecklar självskadebeteende. Pojkar som självskadar brukar visa det i form av annan karaktär och uttrycker sig ofta i aggression. Den vanligaste självskadan hos flickor är skärskada, som förekommer i två olika sorters mönster. Den första gruppen av flickor är de som skadar sig vid ett tillfälle. Den andra gruppen flickor är de som skadar sig under en längre tid. För dessa flickor blir det svårare att avsluta handlingen. Det finns även de flickor som vill visa upp sina ärr för allmänheten, medan andra döljer det (Socialstyrelsen, 2009). Att flickorna har en smärta är något som

Eriksson (1994) tar upp som ett lidande. Ett lidande är individuellt. Att lida är inte alltid kopplat till symtom utan kan uppstå i andra sammanhang. Alla människor erfar någon gång ett lidande, där av uttrycker sig lidandet på olika sätt. Lidande kännetecknas av att personen blir tyst lagd, isolerad och tillbakadragen för att till slut stänga omvärlden utanför. Oavsett vilken sorts lidande människan drabbas av, är det något som tas ifrån oss vilket leder till att människan lider (Eriksson, 1994). Ur patientperspektivet ses lidandet utifrån tre dimensioner: Sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande anser de fysiska symtom som uppkommer ifrån den sjukdom patienten drabbats av. Hit hör även de efterföljande kvarstående men som sjukdomar innebär. Vårdlidande är det lidande patienten erfar av brister som uppkommer av vård och behandling. Här har vården ett ansvar att förebygga denna typ av lidande. Livslidande är det lidande som berör hela människans existens. Livslidande framträder olika i människors liv men blir mer påtagligt då hon blir sjuk. Människans livslidande är kopplat till symtomen och de begränsningar som uppstår av sjukdomen (Wiklund, 2003).

Följande drag kan enligt socialstyrelsen (2004b) karaktärisera självska debeteende:

- En stor del av individens tankar handlar om att skada sig själv.
- Individens upplever en stark inre spänning precis före självska det.
- Direkt efter självska det infinner sig en känsla av lättnad.
- Individens misslyckas ofta med att stå emot impulsen att skada sig själv.
- Beteendet utesluter bland annat medvetna självmordsavsikter.

Bakomliggande orsaker

De bakomliggande orsakerna är många som prestationskrav, eftersträvan av vissa skönhetsideal och normer i samhället eller av tidigare utsatthet (Lindgren, 2010). Enligt Socialstyrelsens (2004b) kan självska debeteende uppkomma vid olika former av kriser, undersökningen visar att det finns en samvariation mellan faktorer som kan utlösa självska debeteende. Faktorerna kan vara kamrater som skadar sig, gräl med föräldrar, drogproblematik eller sexuella övergrepp. Socialstyrelsen (2004a) skriver att vanligast är att ångest uppstår i samband med krisen som ibland kan utlösa en självska dehandling. Ungdomar som självska dar är ofta yngre än de som försöker att ta sina liv. Deras mål med självska da är oftast att lindra sin dåvarande ångest men är även ett rop på hjälp. De skäms över sitt sjuka beteende men innerst inne vill de ha hjälp.

Dalberg, Segesten, Nyström, Suserud, och Fagerberg (2003) menar att de enligt Merleau-Pontys (1995) förklaring kring kroppen inte kan beskriva människan som ett objekt utan ser människan som en helhet. Att uppleva mening och sammanhang i livet innebär upplevelse av oss själva som levd kropp. Den kännande kroppen är det som lägger grunden till vår identitet och känslan mellan mening och sammanhang (Wiklund, 2003). I studien av Anderson, Woodward och Armstrong (2004) visar resultatet att ungdomar med självska debeteende har en genomgående känsla av hopplöshet och att de ofta lider av depression. Enligt Socialstyrelsen (2009) har psykiska besvär blivit allt vanligare bland flickor i ungdomen. Anledningen till detta är oklart, men förändrade livsvillkor skulle kunna vara en förklaring. Socialstyrelsen (2004b) tar upp att flickor tvingas ta en kvinnoroll och att den rollen är präglad av sexism och utseendefixering i Sverige. På grund av det värderas inte kunskapsförmågan eller den sociala mognaden

lika högt som den borde. Även flickans kropp utvecklas som mest i puberteten, vilket leder till en förändrad syn på den.. Den subjektiva kroppen är grunden för människans upplevelse och identitet. Om kroppen förändras kommer även människans upplevelse av sig själv och möjlighet till världen förändras (Wiklund, 2003). Cullberg (2006) menar att det egna jaget som under uppväxten kopplats till sina behov brukar förändras och de kan då uppleva sig själv som främmande. Det är genom vår kropp som vi har tillgång till världen. Skulle något i vår kropp förändras så skulle tillgången till världen bli annorlunda. ”Människan har inte en kropp, utan är sin kropp”. Den subjektiva kroppen är både fysisk, psykisk, existentiell och andlig, men är även fylld av minnen, erfarenheter, upplevelser och visdom.

Tidigare forskning och statistik

Statistik från Socialstyrelsen (2011) visar på en minskning av vård på sjukhus för de personer som tillfogat sig självskada under större delen av 2000-talet. Andelen svenska kvinnor i åldern 15-24 år som vårdats för sina självdestruktiva handlingar har minskat från 310 till 270 per 100 000 invånare de senaste två åren (Socialstyrelsen, 2011). Varje år tar nästan en million människor livet av sig i världen. Det motsvarar ett självmord var 40:e sekund. En ökning av självmord har skett över de senaste 45 åren. Självmord är den tredje vanligaste dödsorsaken i åldern 15-44 år samt näst vanligast mellan 10-24 år. Den statistik berör inte självmordsförsök som är 20 gånger vanligare än ett fullbordat självmord (World Health Organization, 2009). Forskning gjord av Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema (2008) visar att hälften av tonårsflickorna i undersökningen n=53, motsvarande 50 procent, någon gång har självskadat sig under sitt liv och att n=34 av dem, motsvarande 36,2 procent gjort det under det senaste året. 22,3 procent n=21 av tonårsflickorna har vid de tillfällena skurit sig, bränt sin hud eller stuckit föremål under naglarna. De tonårsflickor som självskadat sig under det senaste året var de genomsnittliga tillfällena 12,8 gånger. Ingen av flickorna tog alkohol eller andra droger vid skadetillfället. 94 procent upplever lätt eller ingen smärta vid skadetillfället. Resterande 6 procent upplever svår smärta. 20 procent n=11 har krävt vård för sina skador. Fyra stycken av dem har självmordstankar och resterande har inga självmordstankar. I Socialstyrelsen, (2004b) rapport skrivs att cirka en procent av alla flickor mellan 13-18 år någon gång skadat sig själva på ett eller annat sätt. Detta är dock svårt att få exakt statistik på. Många skadar sig i hemlighet och ingår då inte i sjukvårdens register. Av de ungdomar mellan 13-17 år som var inskrivna för vård mellan 2001-2005 till följd av en avsiktlig destruktiv handling, var mer än 8 av 10 personer flickor.

Behandling av självskadebeteende

- **Dialektisk beteendeterapi (DBT)** är en behandlingsmetod som utvecklats delvis för personer med självskadebeteende. Detta är en terapi som ska hjälpa flickorna att hitta en balans mellan sitt inre och den yttre omgivningen. Genom att försöka acceptera verkligheten och sig själv i den, har denna terapi varit ett bra hjälpmedel för personerna. Genom att försöka få patienten att identifiera sina känslor och impulser är målet med behandlingen att få patienten att inte åsamka sig själv någon skada (Psykologiguiden, 2012).

- **Psykodynamisk psykoterapi (PDT)** används i första hand för att bli medveten om sina känslor och reaktioner. Genom att försöka bearbeta sina inre konflikter och komma fram till ett mer konstruktivt sätt att förhålla sig till en livssituation är PDT ett bra alternativ. Man fokuserar på att bearbeta minnen och reaktioner som kan leda till att personen hamnat där denna är (Psykologiguiden, 2012).
- **Electroconvulsive Therapy (ECT)** är en elbehandling med syfte att utlösa ett epileptiskt anfall. ECT brukar användas efter att man provat ett antal läkemedel utan effekt och om risken för självmord är hög. Metoden har en snabbare effekt än läkemedel. ECT utförs under en kort narkos och behöver oftast upprepas vid ett flertal tillfällen. Behandlingen går ut på att öka signalsubstansen i hjärnan vilket leder till minskade depressiva symtom (Vårdguiden, 2011).

Ungdomars syn på vården

Ur studien Lindgren, Wilstrand, Gilje, och Olofsson (2004) lyfts tonåringars syn på sjukvården. Detta är grunden till hur stor hjälp de har att i framtiden bli friska. I studien får deltagarna beskriva sina positiva och negativa upplevelser inom vården. Ungdomarna upplever det positivt när personal behandlar dem som människor med olika tillgångar, begär och behov, då de kände sig sedda och bekräftade. Om personalen är artig, vänlig, öppna och ger dem tid, känner ungdomarna sig starkare psykiskt. Smith (2002) tar även upp positiva upplevelser från ungdomarnas kontakt med vården och även här betonas vikten av att personal lyssnar. Lindgren et al. (2004) beskriver i sin studie, hur ungdomarna själva får delta i sin egenvård med planering och ansvar för sina egna behov och sedan själva får återgårdä dem. Det ger dem en styrka att orka tillfriskna.

Då personal bemöter ungdomarna på ett negativt sätt känner de sig som objekt och förklarar sin upplevelse som en bil som skickas på reparation. De tycker sig uppleva en känsla av stigmatisering från sjukvårdens sida. En känsla av att personal inte ser, respekterar eller bryr sig om dem. De upplever att personalen har en misstänksamhet mot dem samt en känsla av åsidosättning och en felbehandling. Om personal inte ser eller respekterar dem upplevs det som något negativt (Lindgren, 2010; Lindgren 2004). Det tillfälle sjuksköterskan inte upplevs kunna kommunicera på ett bra sätt känner ungdomarna sig som en börda inför personalen (Smith, 2002). Vid de tillfällen ungdomarna inte får vara delaktiga i sin egenvård, blir de fysiskt och känslomässigt påverkade. Att inte få vara delaktig upplevs värre än ett akut trauma. Det upplever även att de har bättre stöd utanför sjukhuset. Det känns underligt då de är inskrivna för vård, hjälp och stöd på avdelningen (Lindgren et al., 2004). Lindgren (2010) menar att självskadande ungdomarnas upplevelser och erfarenheter av vården är negativ då de vårdas för självskadebeteende. Detta sker främst på akutmottagningar men även inom vissa delar av psykiatrin. Upplevelsen av att inte bli bemötta på rätt sätt gör att de inte får den vård de faktiskt behöver. Det leder till att de känner sig som hopplösa fall. I Bywaters och Rolfe (2002) rapport framkommer patientens upplevelse som negativ i mötet med vården. Att bli behandlad med värdighet som människa tas upp som mycket viktigt. Deltagarna i studien av Lindgren et al. (2004) upplever att vårdpersonal inte förstår varför de sökt vård för sitt beteende. Personalen kan då uttrycka sig genom att ifrågasätta varför de är här eller säga något annat nedvärderande. Deltagarna upplever

även ett undvikande bemötande från personalens sida och en känsla av obehag från dem. Även att prata om deras självskadebeteende undviks hos personal då de tror att beteendet kommer tillbaka eller smitta vidare till andra ungdomar med självskadebeteende.

Vårdens bemötande

Vara sjuk och ha ett självskadande beteende beskriver Lindgren (2010) är både ångestframkallande och skuldbeläggande hos de personer som drabbas av beteendet. Det är viktigt att personerna får rätt bemötande av vårdpersonal, speciellt när det gäller öppenhet och ärlighet som kan leda till tillfrisknande. En viktig del är att skapa en god relation dem emellan. En väl och fungerande vårdrelation ska lindra patientens lidande och öka välbefinnandet. För att vårdrelationen ska fungera ska det finnas en mellanmänsklig relation mellan vårdaren och patienten. I en vårdrelation menas det att vårdaren går in förutsättningslöst och inte räknar med att själv få ut någonting i mötet. Dahlberg et al. (2003) beskriver vikten av att försöka förstå situationen så som patienten gör. Dahlberg menar att genom att bemöta patienten med frågor i stället för påståenden visar man respekt och möter dennes livsvärld. Det krävs både en öppenhet och en följsamhet från personalens sida. Öppenhet i frågeställningar gör att patient och vårdare kan lära känna varandra bättre genom att inte ha några givna svar (Dahlberg et al., 2003).

Personer med självskadebeteende har ett avvikande tankemönster jämfört med en frisk person. Åkerman (2009) berättar att en utskällning eller bestraffning kan leda till att personen skadar sig oftare och svårare. Det leder då till att ångesten, självhatet och känslorna förstärks. Det mest effektiva redskap personalen kan använda sig av är hur de är i sitt bemötande. Att vara helt neutral i sitt bemötande och att varken förstärka eller försvaga känslan hos personen med självskadebeteende. Att inte bestraffa personen genom nedvärderande och oengagerat bemötande är en viktig regel. Inte heller vara försiktig med att ge skadan ”extra omvårdnad”, just därför att skadan är självförvållad. Detta i sin tur kan ge en uppmuntran till fortsatt handlande. Vidare berättar Åkerman (2009) att vårdpersonal istället kan prata om de känslor patienten upplever och vad som ligger bakom den självskadande handlingen.

Exempel på bemötande:

- Att inte ge den självskadande **extra positiv** uppmärksamhet så som ”Mådde du verkligen så dåligt? Får jag se hur såret ser ut? Oj, det där ser verkligen allvarligt ut, kom, vi går och plåstrar om det.” (Åkerman 2009 s214).
- Att heller inte personen **extra negativt** så som ”Det där var väl onödigt gjort! Jag trodde faktiskt du viste bättre än så. Ser du inte hur ledsna du gör dina föräldrar? Och varför kommer du till mig? Här har du ett plåster, du kan plåstra om det själv”. (Åkerman 2009 s214).

Istället ska personalen bemöta dem **vänligt men bestämt och uppmuntra den självskadande till andra lösningar**. ”Jag ser att du har skadat dig och förstår att du har det väldigt jobbigt, men jag vet också av erfarenhet att självskadebeteende i längden gör

mer skada än nytta. Det är därför viktigt att vi tillsammans funderar ut hur vi ska göra för att du ska kunna sluta... Kanske kan du komma direkt till mig nästa gång innan något händer” (Åkernam 2009 s215).

Det finns upplevd problematik kring kommunikation med patienterna. Bywaters och Rolfe (2002) beskriver i sin studie att vårdpersonal upplever sin tid som de lägger på patienten som ett slöseri, då ungdomarna ändå bara kommer skada sig igen. De beskriver även att de saknar kunskap angående bemötandet och hur de ska förhålla sig i relation till patienten. Utbildning inom självskadebeteende är viktigt för personal enligt Smith (2002). Det handlar om bemötande, attityder och förhållningsätt. I studien av Smith (2002) intervjuades personal på en avdelning. Resultat visar att det finns en allmän rädsla i personalgruppen för att arbeta med denna patientgrupp. Personalen antar att rädslan uppkommer av osäkerhet i förhållandet till patienterna.

Michale och Felton (2010) beskriver i studien att det råder brist i utbildningen hos sjuksköterskor, just vad det gäller bemötandet till patienterna. Michale och Felton (2010) menar att brist på utbildning hos vårdpersonal är den främsta orsaken till den negativa attityd mot dem som självskadar. Att personalen får utbildning i ämnet leder till en ökad kompetens och förståelse för patientgruppen, det förbättrar den positiva attityden. Lindgren (2010) menar att en ökad kunskap och förståelse för människor som lider av självskadebeteende kan leda till ett bättre bemötande. Att bli bemött på ett värdigt sätt och få en bra behandling utifrån orsak till sjukdomsbeteende anses som en viktig del för tillfrisknandet.

Det etiska patientperspektivet

Det etiska patientperspektivet är speciellt format inom den psykiatriska vården. Att inte vara inrutad på rutiner utan anpassa behandlingen efter patienten är viktigt vid psykiatrisk vård. Som personal kan det innebära långa vårdkontakter med patienterna och då kan de ställas inför en del etiska dilemman när det exempelvis handlar om ett professionellt förhållningsätt i relationen. Vårdaren måste skilja på den professionella vårdrelationen och en vänskapsrelation (Dahlberg et al., 2003). Lutzén (1997) anser att personal måste sätta sig in i varje persons unika situation då ingen är någon annan lik.

PROBLEMFORMULERING

Tonårsflickor självskadar sig för att dämpa ångest och inre smärta. Det kan vara svårt att förstå för vårdpersonal om man inte har kunskap om fenomenet. Självskadande handlingar görs i främsta syfte för att flickorna ska orka uthärda sin ångest. Under handlingen infinner sig oftast en inre ro hos tonårsflickorna. Hur flickorna upplever bemötande i vården är en viktig utgångspunkt för att kunna bemöta dem på bästa sätt. Vi vill därför belysa upplevelse av bemötande genom att granska självskadande flickors upplevelse av vården. Vi har valt att fördjupa oss i ämnet då forskningen visar på att bemötande är något som brister inom vården. Genom att öka förståelse hos vårdpersonal kan man tillgodose självskadande tonårsflickors behov på ett bättre sätt.

SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa hur självskadande tonårsflickor upplever bemötandet i vården.

METOD

Kvalitativ innehållsanalys används vanligast vid omvårdnadsforskning för olika analyser av texter, framförallt inom vårdvetenskap. En induktiv ansats innebär att texten analyseras förutsättningslöst och grundar sig på vad människor skriver och berättar. Motsatsen till induktiv ansats är deduktiv ansats som görs utifrån en färdiggjord mall som gör grunden för analysen (Lundman och Granheim, 2008). En kvalitativ innehållsanalys valdes för den kommande studien. Detta för att författarna på bästa sätt ska kunna besvara studiens syfte. Författarna vill att flickorna ska få delge sin egen beskrivning och uppfattning av bemötandet i vården vilket ses som det centrala. Lundman och Granheim (2008) anser att den valda metoden ger forskarna god möjlighet till att få en bra uppfattning av helheten i texterna. Det ger även en bättre förståelse för hur flickorna känner och upplever vårdens bemötande. Vanligast är att forskarna håller sig till det manifesta eller det latent innehåll i en analys. Lundman och Granheim menar ändå på att forskarna rör sig mellan begreppen då de är beroende av varandra.

Urval

Inledningsvis gjordes en sökning i bibliotekets databas LIBRIS. Materialet för den kommande analysen valdes ut från databasen i två steg. Författarna valde att exkludera tonårspojkar med självskadebeteende, då deras beteende och handling oftast uttrycks på ett annat sätt. Även vuxna personer med självskadebeteende valdes bort. Majoriteten hos de som självskadar är flickor i ungdomsåldern, varav grupp inkluderades. Ingen bestämd ålder sattes hos flickorna, det lämnade författarna till urvalet i databasen LIBRIS. Ett krav var att litteraturen skulle vara under 2000-talet för att ge en bra nutidsuppfattning. Texterna skulle skildra upplevelser i Sverige och vara skrivna på svenska. De skulle även vara självbiografier, för att ge en så bra beskrivning som möjligt av flickornas upplevelse av vårdens bemötande.

Litteratursökningens inledning var en allmän sökning i LIBRIS databas för att skapa en första överblick av tillgängligt datamaterial. Efter den inledande sökningen gjordes en mer specifik sökning med relevanta sökord. De ord som användes var: självskadebeteende, destruktivitet, självskada, flickor, tonårsflickor, unga kvinnor, och självbiografier. Orden användes i olika kombinationer i sju olika sökningar. Som flest gav sökningen 122 träffar och som minst en träff. Sökningen resulterade i två av urvalets totala sex böcker. De första två böcker som stod för urval ett var: Vingklippt ängel, Pålsson (2004) och Zebraflickan, Åkerman (2012).

Urval två hjälpte bibliotekets personal till att leta fram. Vi sökte i bibliotekets hyllor där det hade psykiatri, självbiografier och ungdomar. Här påträffades de fyra och sista böckerna som skulle stå för studiens slutliga urval. De böckerna var: För att överleva, Åkerman (2009), Jag vill inte dö jag vill bara inte leva, Heberlein (2009), Känn pulsen

slå, Pålsson (2009) och Ett bipolärt hjärta, Anserud (2010). Urvalets totala sex böcker lästes. De sex valda biografierna tog upp självskadandebeteende hos flickorna, men det var endast tre av dem som besvarade studiens syfte och inklusionskriterier. De valda biografierna blev grunden för analysen. Alla tre böckerna Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman, hade en gemensam utgångspunkt, hur självskadande tonårsflickor upplever vårdens bemötande. Biografierna motsvarade det författarna önskade.

Då analysen startade var det stundtals svårt att urskilja vad flickorna tyckte om enbart bemötande från en viss typ av profession. Därav gjordes ingen särskiljning av olika vårdprofessioner då det första grova urvalet startade. De elva artiklar vi används oss av i bakgrund och diskussionsdelen sökte vi fram i databasen Cinahl. Vi sökte på ord som: Self-harm, girls, experience och care treatment.

Analys

Det insamlade datamaterialet med Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman, (2012) är genomarbetat utifrån en manifest kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats beskrivs av Lundman och Graneheim (2008). I denna analys utgjorde de meningsbärande enheterna stycken och meningar. Metoden valdes då syftet var att lyfta fram och beskriva tonårsflickornas personliga upplevelse i bemötande av vården. Målet var även att få en djupare förståelse av upplevelser.

- Samtliga självbiografier lästes igenom vid flera tillfällen. De diskuterades och reflekterades över materialet under tiden för att hitta det gemensamma i texterna kring flickornas upplevelse kring bemötandet av vården.
- Delar ur texten ströks under där flickorna beskrev sina upplevelser kring bemötandet av vården. I nästa steg plockades delar av texten ut för att materialet lättare skulle kunna ses i sin helhet. Detta för att det skulle bli lättare att kunna jämföra likheter och skillnader. Författarnas egen personliga tolkning lades åt sidan.
- Texternas meningsbärande enheter plockades ut i nästa steg. Detta genom meningar och stycken som förklarade samma upplevelse hos flickorna.
- Vi kondenserade varje meningsbärande enhet genom att försöka få fram det centrala innehållet i texten. Texterna arbetades ner och gjordes kortare och mer lättösläsliga.
- De grupperade kondenserade meningsenheterna fick var sin kod för att beskriva innebörden i den skapade enheten.
- Efter att analysprocessen var gjord diskuterades de olika kodningarna för att jämföra om de stämde överens med meningsbärandeenheterna och de kondenserade meningarna. Det gjordes för att ta reda på om koderna beskrev tonårsflickornas upplevelse av bemötande i sjukvården. Likheter och skillnader jämfördes ytterligare.

- Efter denna analysgenomgång arbetades materialet igenom ytterligare två gånger. Detta för att vara säker på att allt flickorna upplevt kommit med i analysen.
- Materialet delades slutligen in i tre huvudkategorier och fem underkategorier. De första två underkategorierna var: När löftes inte hålls och att inte bli tagen på allvar som sattes ihop med kategorin: Känslan av hopplöshet vid bemötandet. Det andra två underkategorierna var: Upplevelsen av personalens maktövertag och behandlad som ett objekt som sattes ihop med kategorin: Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet. Den sista underkategorin blev: Betydelsen av vårdpersonal som lyssnar som sattes ihop med kategorin: Möjligheten till stöd vid bemötandet.

Figur 1. Meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, under kategori och kategori från innehållsanalys av självbiografier, om hur tonårsflickor upplever bemötandet i vården.

| Meningsbärande enheter | Kondensering | Kod | Under kategori | Kategori |
|---|---|---|-------------------------------|--|
| - Han sa blankt nej. Jag blev förbannad och sa att jag mådde ruskigt dåligt. Han var bestämd, jag skulle inte få Xanor. Då skrek jag åt honom i telefon: ” Du skulle bara känna en dag hur jävla dåligt jag mår! Då skulle du inte vara en sån jävla idiot som du är just nu. Är det meningen att jag måste ut på svarta marknaden för att få något lugnande, är det de du menar? | Han var bestämd att jag inte skulle få Xanor. Du skulle bara känna en dag hur dåligt jag mår. Då skulle du inte varit en sådan idiot. | Du skulle bara veta hur dåligt jag mår. | Att inte bli tagen på allvar. | Känslan av hopplöshet vid bemötandet. |
| Säng race upp till kvinnokliniken, tre dagar senare återbesök på MAVA, fjärde dagen landning på avdelning 5. Platsbrist hette det. Jag brydde mig inte, det gav mig bara några ställen till att skriva på min meritlista. Fler ränder på min zebrakropp. Identiteten blev starkare i sjukhusmiljö, där jag ändå bara var ”Anorexian på rum nummer sju” En namnlös zebraflicka. | Säng race på grund av platsbrist. Identiteten stärktes i sjukhusmiljön där jag var anorexian på rum nummer sju. En namnlös zebraflicka. | Anorexian på rum sju. En namnlös zebraflicka. | Behandlad som ett objekt. | Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet. |

Här visas exempel på hur den gjorda analysprocessens gått till då meningsbärande enhet, kondensering, kod, underkategori och kategori tagits fram i figur 1. Här har den egna förståelsen så långt som möjligt satts åt sidan för att arbeta så objektivt som möjligt. Det material som framtagits under analysprocessen har genomarbetats förutsättningslöst.

Efter genomgång av självbiografierna synliggörs flickornas upplevelser av bemötande med vården. Biografiernas centrala budskap presenteras i resultatet och mynnar ut i tre kategorier och fem underkategorier som presenteras i figur två. Citat från tonårsflickorna får ge exempel på de olika underkategorierna och kategorierna. Tonårsflickorna i studien benämns vid efternamn. Personalen benämns vid yrkestitel då det har framgått ur biografierna, då det inte gått att tyda benämns de vid vårdpersonal.

RESULTAT

Figur 2. Kategorier och subkategorier

| Kategori | Kategori | Kategori |
|--------------------------------------|---|--|
| Känslan av hopplöshet vid bemötandet | Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet | Möjligheten till stöd vid bemötandet |
| Underkategori | Underkategori | Underkategori |
| När löften inte hålls | Upplevelsen av personalens maktövertag | Betydelsen av vårdpersonal som lyssnar |
| Att inte bli tagen på allvar | Behandlad som ett objekt | |

Känslan av hopplöshet vid bemötandet

I självbiografierna beskriver Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) hur de vid flera tillfällen känner en förtvivlan av att vården inte tar dem till sig. Känsla av hopplöshet visar sig i situationer då vårdpersonal inte står för sina ord eller, inte lyssnar till deras åsikter och önskemål kring bemötandet i vården.

När löften inte hålls

I självbiografierna Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) beskrivs händelser då vårdpersonal från början lovat en sak för att i nästa stund bryta sitt löfte och inte stå för de ord som först sagts. Vid varje tillfälle det uppstår får flickorna en ökad sårbarhet och en känsla av förtvivlan. Situationerna som beskrivs är att personal brutit sina löften. Åkerman (2012) berättar om den gången då hon är inlagd på sjukhusets vuxenpsykiatriska avdelning, vilket hon egentligen är för ung för. Hon har därför bestämt middagsträff med sin kontaktperson från barnpsykiatrin, vilket hon ser fram emot. Men middagsmötet blir aldrig av då kontaktpersonen inte kommer och heller

inte ger en bra förklaring till händelsen. Vid tidpunkten då löftet bryts, är under en period då Åkerman (2012) befinner sig i ett svagt själsligt läge, minsta förändring i hennes tillvaro får förödande konsekvenser. I följande citat delger Åkerman (2012) situationen som uppstod.

Det var middag och min kontaktperson från barnpsyk skulle ha kommit upp och ätit middag med mig...

... Min kontaktperson kom inte. Hon kunde inte förklara varför på grund av sin tystnadsplikt, och plötsligt satt jag där med en tallrik korv stroganoff, två arga skötare som blängde på mig och en stor besvikelse och övergivenhet som värkte. (Åkerman, 2012, s 118).

Konsekvensen som uppkommer ur händelsen Åkerman (2012) delger är att hennes förtvivlan och desperation griper tag i henne, hon kan inte kontrollera sin inre känsla. Det leder i sin tur till att personalen måste bälteslägga henne för fortsatt vård.

Löften som inte hålls delges på olika sätt i biografierna Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012). Pålsson (2004) berättar om en ”vänskap” som uppstår mellan henne och en vårdare. Hon berättar hur hon till slut vågar släppa in vårdaren (Ella) och börjar då sakta delge sitt inre för henne. Varefter vänskapen utvecklas känner Pålsson att vårdarens sätt att förhålla sig till henne förändras, känslan av ett sexuellt beteende börjar framträda mot henne. Det sättet vårdaren lägger sina blickar, tilltalar och berör Pålsson på gör att hennes misstankar besannas. Vid denna tidpunkt har Pålssons känsla av att ha en riktig vän försvunnit och ersatts med missmod ”*Jag säger ingenting. Jag reagerar knappt*” (Pålsson, 2004, s132). Hon vet att hon egentligen borde vara arg men är det inte. Hon beskriver hur ett löfte från personalen ännu en gång brutits, att ännu en gång uppleva förtvivlan i ett löfte som inte hållits och denna gång var löftet vänskap. Citatet nedan delger situationen:

Jag vet att jag borde vara arg. Men jag är inte det. Jag är bara så trött. Och less på att människor alltid visar sig vara likadana. De visar om och om igen att dt inte går att lita på. (Pålsson, 2004, s132).

Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) beskriver händelser av personal som inte står för det de lovar. Detta är genomgående i självbiografierna. Pålson (2004) berättar om den gången hon frivilligt väljer att flytta till ett nytt behandlingshem, anledningen till flytten var att personalen lovat henne att inte behöva åka hem till föräldrarna på permission över helgerna. Denna händelse sker då hon är bräcklig mentalt och inte stark nog för permissionen. Då helgen kommer och personalen börjar förbereda hennes permission inser Pålsson att personal ännu en gång kommer bryta ett löfte de lovat. ”*Ni får ju för fan stå för vad ni säger!*” *skriker jag upprört till Isabelle och kastar en bok på henne* (Pålsson, 2004, s148). Här känner hon en hopplöshet och en förtvivlan som hon beskriver vidare ”*Men det sa ni inte på inskrivningsamtalet. Om jag hade vetat att det är helt stängt varannan helg så hade jag inte tackat ja till platsen*” (Pålsson, 2004, s148). Genom ständiga löften som bryts från vårdpersonalens sida delger Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012), att de inför framtida

vårdtillfällen inte tar till sig personalens ord. Inte heller släppa in eller våga lita på personalen.

Att inte bli tagen på allvar

Tonårsflickorna i biografierna Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) tar upp tillfällen då personalen inte tar dem på allvar genom att inte lyssna till deras rop på hjälp. Dessa rop på hjälp för att bli tagna på allvar ser olika ut för de olika flickorna, men mynnar ut i samma syfte. Enligt Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) delger beskrivningar hur vården vid upprepade tillfällen inte tar dem på allvar. Personalen tar inte till sig det som tonårsflickorna önskar, upplever och känner. Händelsen som Pålsson (2004) beskriver är då hon är mycket sjuk i sin psykiska sjukdom och tror sig vara en ängel. Hon vill bevisa det för läkaren genom att skära sig och visa sitt blod. Om ”glitterblodet” syns kommer läkaren att tro på henne, anser Pålsson. För henne är det verkligheten. Men läkaren bemöter henne inte som hon tycker att de borde, då hon anser att det är verkligheten och blir vid det tillfället inte tagen på allvar. Situationen delges i citatet nedan:

Werner: Menar du på fullaste allvar att du tror att du är en ängel? Jag: Det är ingenting jag tror! Jag är en ängel. Jag ska visa dig! Jag rycker tag i en kökskniv för att skära mig och visa glitterblodet (Pålsson, 2004 s175).

Tonårsflickorna vet inte alltid vad som är verklighet eller illusion och det beskrivs i biografierna Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012). Att personalen inte tar till sig det flickorna har att berätta vid mötet, visar att de inte heller blir tagna på allvar. En liknande händelse mot den beskrivning som ges ovan, är då Pålsson (2004) känner att hennes hjärntumör växt så mycket så att hon upplever att skallen snart sprängs. Ingen personal tror henne, utan de förklarar gång på gång att det är en inbillning från hennes sida. Då hon slutligen ska få genomgå röntgen av huvudet säger personalen: *”Då får du bevis på att du inte har någon hjärntumör”* (Pålsson, 2004 s233). Pålsson (2004) rättar personalen och säger: *”Du menar bevis på att jag har en”* (Pålsson, 2004, s233). Då Pålsson (2004) därefter genomgår röntgenundersökningen av huvudet frågar hon röntgenläkaren om de såg någon hjärntumör på röntgenbilderna. *”Vi skickar resultatet” säger ett tomt ansikte och går”* (Pålsson 2004, s233). Även här speglas en situation då personal inte tar flickorna på allvar (Pålsson, 2004).

Anserud (2010) berättar om den gången hon mår mycket dåligt och börjar känna ett desperat behov av att få medicinsk lindring av sina psykiska symtom. Vid samtalet med sin läkare beskriver hon sin sjukdomssituation. Att de läkemedel hon nu tar inte hjälper, önskar hon testa en annan sorts läkemedel. Läkaren nekar henne en annan sorts läkemedel. Situationen som uppstår gör Anserud (2010) förbannad och hon skriker till läkaren *”Du skulle bara få känna hur jävla dåligt jag mår! Då skulle du inte vara en sån jävla idiot som du är just nu”*(Anserud, 2010, s86). I den rådande situationen känner Anserud (2010) sig bäst själv och hon vet också vad hon bäst behöver för att hennes sjukdomssymtom ska lindras. Återigen tas hon inte på allvar. En liknande situation beskriver Åkerman (2012) då vårdpersonal inte tar hennes sjukdomssymtom på allvar. Detta sker under en period då hon är mycket mager och äter inte tillräckligt mycket mat. Hon har legat flera timmar på akutmottagning i väntan på en medicinsk

bedömning. Slutligen får hon träffa avdelningsläkaren, men istället för den undersökning och vård hon hoppats på, ber läkaren henne att gå hem utan att lyssna till hennes sjukdomsberättelse.

Anserud (2010) beskriver om den gången hon är så rädd för sig själv och sina självmordstankar. Hon tar då självmant kontakt med vården, men blir nekad inskrivning för behandling. Svaret hon får är att det inte är något vidare trevligt på avdelningarna just nu, de var fullbelagda. *"Vad hade det med saken att göra? Jag behövde vård"*(Anserud, 2010, s149). Åkerman (2012) berättar om den gången då hon försökte fullborda en hängning. Hon berättar att hon inte ville dö, utan att hon var så rädd och förtvivlad, *"jag viste inte hur jag annars skulle få all den kärlek och uppmärksamhet jag behövde"* (Åkerman, 2012, s50). Hon viste att denna handling var fel metod, men såg ingen annan utväg för att personalen skulle ta hennes rop på allvar (Åkerman, 2012).

Att flickorna inte tas på allvar under deras sjukdoms år delges i självbiografierna Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012). Den känslan illustrerar Pålsson (2004) avslutningsvis i följande citat och svarar för de tre flickornas hopplöshet.

Många utav oss har stått på väntelistort till BUP i flera år. Skriket efter hjälp. Men är man inte komplett galen så är det svårt och tar lång tid att få hjälp. Någonstans när man är på plats trettio på väntelistan börjar hoppet dö ut och tillståndet bli riktigt akut (Pålsson, 2004, s84).

Upplevelsen av utsatthet vid bemötandet

I mötet med vården är det vanligt att Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) känner sig utsatta och fel bemötta. Personalen har ett övertag och då även kontroll över situationen i mötet. Det övertag ses som maktövertag från tonårsflickorna. Personalen tilltalar dem även vid flera tillfällen i tredje person eller som en sak. Detta skapar en känsla av att vara objektifierad.

Upplevelsen av personalens maktövertag

I självbiografierna Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) beskrivs personalens makt som en känsla av att tonårsflickorna befinner sig i ett underläge i mötet med vården. Det är ett underläge som uppstår då sjukvårdspersonal bemöter dem i sin yrkesroll. *"Men den första kampen, den första chocken över hur lite makt jag hade och hur mycket makt de hade, den minns jag, hur skulle jag någonsin glömma?"* (Åkerman, 2012, s118). Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) anser att vårdpersonalen har en automatisk maktposition mot flickorna och detta gör att de hamnar i en känsla av underläge. Detta förhållande återberättas på flera ställen i biografierna.

Pålsson (2004) och Åkerman (2012) beskriver vid tillfällen då de blir styrda att utföra uppgifter mot deras vilja och hur personalen bestämmer över deras handlande. Åkerman (2012) beskriver hur hon avskyr behandlingsvaken, hon känner det som ett hån från personalens sida i deras försök att bevisa hur mycket makt de har och vad de kan tvinga

henne till. Hon beskriver det som ett hån mot sin egen vilja och envishet. Att personalen från början har makten och övertaget över henne, men hur hon stegvis börjar ta tillbaka kontrollen över situationen. Hon jämför händelsen med ett stenhårt träningsläger som citeras nedan:

Jag avskydde behandlingsvaket. Det var ett hån mot min vilja och envishet, ett försök att bevisa hur mycket de hade makt att tvinga mig till. Maktkamper, maktkamper... Ständigt dessa maktkamper, patienter mot personal. De vann i början, men vi bodde i ett stenhårt träningsläger (Åkerman, 2004, s 48).

Upplevelsen att inte ha kontroll över situation som råder, att någon annan bestämmer över dig, inte lyssnat till dig och behandlar dig mot din vilja, upplever Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) att de ständigt blir utsatta för. Åkerman (2012) berättar om hur hennes egen vilja och brinnande glöd sakta tas ifrån henne. Att hon då får lära sig att det är andra som styr över henne, trots att hon själv upplever situationen som fel. Det utan att hon höjer rösten eller protesterar, gör att hon accepterar situationen och hamnar i underläge mot personalen. Vidare berättar Åkerman om den makt personalen har den gången då hon ska visiteras. Detta sker mot hennes vilja. Hon berättar vidare hur de två främmande kvinnorna beordrar henne att klä av sig naken, och de säger irriterat, "Men vi är ju kvinnor vi också!" (Åkerman, 2012, s120). Personalen visar genom sitt sätt att agera och tilltala henne, att de har övertaget i vårdandet, och då även makt över henne. Hon beskriver hur tårarna värker i ögonen då skötaren stoppar sin hand innanför hennes trosor och hur hon lovar sig själv att inte skrika eller gråta.

Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) beskriver tillfällena då personal genom ljud och kroppsspråk visar sina tankar och åsikter i mötet med dem. Åkerman (2012) delger ett sådant möte då hon upplevs vara till besvär och får en känsla av att inte vara välkommen på akutmottagningen. Hon ser personalens förakt mot henne i deras ögon, trots att de försöker dölja dem bakom sin yrkesroll. Åkerman får en känsla av att personalen tycker att hon tar plats för bättre behövande och sjuka.

Situationer beskrivs då de tilltalats på sätt som upplevs kränkande och nedvärderande från vårdpersonal. Sättet personalen gör det på visar en maktposition i förhållandet till flickorna. Tonårsflickornas sätt att tilltalas och bemötas visar att de befinner sig i ett underläge där makten från vårdpersonalen råder (Anserud 2010, Pålsson, 2004 och Åkerman 2012). Pålsson (2004) delger ett sådant tillfälle då hon efter en överdos hamnat på sjukhusets intensivvårdsavdelning. Hennes syfte med överdosen var att dö och denna gång varit nära att lyckats. Pålsson ligger i sjukhussängen när hon ber läkaren flertalet gången om att få hjälp att dö. Läkaren, "vitrockarna", som hon kallar dem, ser inte hennes lidande utan bemöter henne i ett underläge utifrån deras yrkesroll. De klappar henne på huvudet och säger att detta nog ska bli bra ska du se, utan att de har en innebörd i orden. Pålsson hatar det sättet de säger det på, de förljugna orden är inte vad de menar och hon vill bara att de ska förstå att hon vill dö.

En annan situation Pålsson (2004) delger är då sjuksköterskan ber henne ta på sig en långärmad tröja för att dölja sina ärr på underarmarna. Hon accepterar situationen men är irriterad över att inte få vara den hon är. Hade hon inte varit sjuksköterska så hade hon inte kunnat uttala sig på det sättet hon gör anser Pålsson (2012). Sjuksköterskan

hävdar därefter att hennes sjukdomsbeteende smittar av sig till andra patienter på avdelningen.

Åkerman (2012) delger en händelse då läkaren genom sin makt beskriver hennes sjukdomstillstånd och symtombild, detta sker inför en kollega. Händelsen beskriver Åkerman som förvirrande och dum. I det underläge hon befinner sig i accepterar hon situationen som råder, medans läkaren genom makten kör över henne utifrån sin yrkesroll.

– *Här kan man då se hur höftbenet sticker ut, sa 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 och drog upp mitt byxben så att man såg mina vinterhåriga smalben. Axlarna talar väll 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 viktmedgång.*

Läkarkandidaten nickade allvarligt. Stackarn måste ha känt sig nästan lika dum som jag”(Åkerman, 2004, s179).

Behandlad som ett objekt

Att inte bli sedd för den hon är, utan istället ”som en del” i det sjukvårdssystem hon befinner sig i beskriver Åkerman (2010) då hon färdas från plats till plats på sjukhuset och blir tilltalad som sjukdomen hon har istället för personen hon är. Hon beskriver hur hon känner sig som ett djur som inte har någon personlighet eller några känslor. Detta beskrivs i följande citat:

Säng race upp till kvinnokliniken, tre dagar senare återbesök på MAVA, fjärde dagen landning på avdelning 5. Platsbrist hette det. Jag brydde mig inte, det gav mig bara några ställen till att skriva på min meritlista. Fler ränder på min zebrakropp. Identiteten blev starkare i sjukhusmiljö, där jag ändå bara var ”Anorexian på rum nummer sju” En namnlös zebraflicka (Åkerman, 2012, s180).

I självbiografierna Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) beskrivs tillfällena då de i mötet med sjukvården inte blivit bemötta och behandlade på ett korrekt och värdigt sätt. Att inte vara sedd som människa, utan bli benämnd som en sjukdom är återkommande hos tonårsflickorna. Här beskrivs tillfällena som att bli tilltalade i tredje person. Pålsson (2004) delger ett sådant tillfälle då hon befinner sig djupt nere i sin psykos, hon saknar sjukdomsinsikt, vill inte längre leva och inte ta sina mediciner. Läkaren berättar för henne att hennes beteende är psykotiskt, att hon inte är frisk. Det hon uppvisar i sitt beteende enligt läkaren är ett schizofrent tänkande. Pålsson känner ännu än gång hur hon blir ”stämplad” med ytligare en diagnos.

I det följande citatet beskriver Pålsson (2004) upplevelsen av att bli behandlad som ett objekt utav vårdspersonalen. Det sker under en period då hon är mycket sjuk, behöver vård och omsorg.

De ger mig ännu mer flytande Nozinan och de pratar med varandra om mig som om jag var ett objekt. Då och då säger de till mig "du är sjuk just nu, men var lugn, var bara lugn så går det över, vilket gör mig allt annat än lugn (Pålsson, 2004, s182).

Pålsson (2004) beskriver här hur hon ses som ett objekt och inte som den människan hon faktiskt är. Hon berättar om ett annat tillfälle då hon upplever att sjuksköterskorna inte tar sig tid för henne under vårdtiden. Sjuksköterskorna är mycket noggrann med att hålla ett distanserat förhållningssätt till henne. De som vårdar henne har ständigt mycket att göra, pratar mycket i telefonen och springer i korridoren. De förser henne med mat och mediciner, men att sitta ner för ett samtal finns det inte tid till.

Pålsson (2004) beskriver om den gången då hon befinner sig på läkarmöte. I rummet finns hennes ordinarie läkare, samt en ny läkare hon aldrig tidigare sett. Personal från vårdavdelningen finns även med, "Hon-med-katt-tröjan" är där för att berätta hur personalen på avdelningen tycker att hon mår. Under mötet blir Pålsson inte tilltalad eller inbjuden till en dialog utan blir talad om i tredje person. Avdelningspersonalen informerar läkaren hur Pålsson mår, äter och sover. Under samtalets gång kommer Pålsson med invändningar, då rättar "Hon-med-katt-tröjan" henne om att hon har fel, och att så inte är fallet. I slutet av mötet lägger läkaren till ännu en medicin på hennes medicinlista utan att Pålsson har något att invända om det. Det nyinsatta läkemedlet leder till att vårdtiden förlängs med ytterligare åtta veckor, då läkemedelsinställningen är känslig.

Att läkarna som tonårsflickorna möter stundvis fattar beslut om medicinering och behandling, framkommer i Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) biografier. Detta sker vid tillfällena då flickorna är närvarande i mötet, så som i stycket ovan. Men tillfällena beskrivs även då den ansvariga läkaren fattar beslut om den fortsatta medicinska behandlingen, utan att tonårsflickorna får vara med och påverka det, eller har en möjlighet att diskutera kring sin behandling. Anserud (2010) berättar om hur hon efter en lång tids sjukdom tillslut beviljas behandlingen ECT. Hon har vid denna tidpunkt genom gått tre behandlingar av ECT. Vid ett rutin läkarsamtal får hon information om att läkaren höjt ordinationen på strömstyrkan markant under de senaste behandlingarna utan att berätta det för henne. Här känner hon sig som en i mängden av ungdomar som får ECT. Läkarens ursäkt är att strömstyrkan höjts för att få ner de långa vårdköerna. Det tagna beslutet har helt skett utan hennes vetskap eller godkännande. Anserud känner nu en stor besvikelse över att hon än en gång bara är en i mängden i en lång vårdkö i ett stort system.

Möjlighet till stöd i omvårdnaden

Vårdpersonal som finns som stöd för Anserud (2010), Pålsson, (2004) och Åkerman (2012) är personal som verkligen bryr sig. Personalen finns där när flickorna behöver dem. De tar sig tid att lyssna och se dem för den som de är.

Betydelsen av att vårdpersonal lyssnar

Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) har ett stort behov av att vårdpersonal lyssnar till hur de känner och upplever i situationen. Om flickorna känner att personalen lyssnar och är förstående, vågar de skapa ett förtroende med personalen. Anserud (2010) menar att det skiljer sig i hur en personal lyssnar till var hon har att säga, eller sättet att se hennes önskemål. Genom att fråga vad hon vill och känner angående exempelvis läkemedel eller behandlingar, gör att hon känner att personal inte kör över hennes känslor och åsikter. Enligt Pålsson (2012) beskriver hon känslan av att en personal lyssnar genom citatet nedan. Här skapas ett stort förtroende till vårdaren och hon nämner honom ofta i positiva sammanhang. Hon beskriver hur han lyssnar och ser henne utan förförståelse och andra åsikter. Det känner Pålsson har en positiv inverkan på behandlingen.

Han försöker inte tvinga mig att sluta med något, han försöker förstå varför jag gör det jag gör. Han respekterar mig, det känner jag tydligt, han respekterar mina åsikter och att min syn på livet inte är som andras. Han ser inte mina många misslyckanden, utan uppmuntrar mig att göra nya försök...

... Han ser på mig med tålmod, han ger sig tid att lyssna och lära känna, ta in och se mina tårar. (Pålsson, 2004, s73).

Med en del personal känner Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) att det inte behövs mycket för att skapa ett förtroende. Ibland handlar det om ett vänligt bemötande, en person i samma ålder eller någon som bara ser på dem med ett par vänliga ögon. Det gör att flickorna i sin tur skapar ett förtroende. Anserud (2010) berättar i ett citat hur hon känner för de bra vårdarna som lyssnar *"Jag har träffat eldsjälar inom psykiatrin som verkligen har velat hjälpa till"*(Anserud, 2010, s 149). Anserud (2010) menar att hon märker vilka som verkligen vill hjälpa och som passar in att arbeta med människor. Detta tar även Åkerman upp som citeras *"De ville hjälpa folk att må bra och bortsåg från de dåliga lönerna"*(Åkerman, 2004, S51). Här menar Åkerman också på att hon känner när en person har hamnat på rätt ställe. En sådan person beskriver Åkerman (2012) om när hon vårdas av sin favoritsjuksköterska som är en ung, rolig och spontan tjej. Hon beskriver deras relation som nästan vänskaplig och Åkerman känner att sjuksköterskan trivs på jobbet.

Den personal som blir betydelsefull för Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) är de som kan lyssna och förstår dem på ett helt annat sätt än det som istället dömer och har åsikter. Åkerman (2010) beskriver sin psykolog "Mia" som en sådan person som ger henne kärlek och omtanke. Hon lyssnar på henne och är överhuvudtaget inte dömande. Det gör att "Mia" blir en alldeles speciell person för henne.

Ett exempel på betydelsen av att vårdpersonalen lyssnar och att ett förtroende skapas beskrivs enligt Pålsson (2012) som betydelsefullt när personalen börjar ändra beteende och vågar lyssna till henne. Detta leder till att relationen blir en helt annan mellan henne och vårdarna. Ett förtroende bildas från bådas håll som resulterar i bättre samarbete och bättre vårdresultat.

”Personalen behandlar mig lite annorlunda nu. Det tar mig mera på allvar, de lyssnar på mig. Jag får permission att träffa mina föräldrar när jag vill, bara jag säger till någon dag innan, och när jag får besök får vi sitta ute på gården själva”(Pålsson, 2004, s257).

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuterar författarna analysprocessen, metodens styrkor samt svagheter. I resultatdiskussionen lyfts resultatets främsta upplevelser kring vårdens bemötande fram vårdlidande och trygghet.

Metoddiskussion

Analysprocessen

En kvalitativ innehållsanalys med en manifest analytisk syn och med en induktiv ansats av Lundman och Granheim (2008) valdes att arbeta utifrån. Metoden valdes som fördel eftersom en granskning av självbiografier var något som författarna ville göra. Metoden kom att motsvara studiens syfte. Inklusion och exklusionskriterier diskuterades så att det analyserade texterna som togs ut skulle ge författarna en bättre förutsättningslös textinsamling (Lundman och Granheim 2008). Det för att författarna på rätt sätt skulle kunna uppnå och besvara syftet med studien. Totalt valdes sex biografier ut, men då analysprocessen startade upptäckte författarna att tre av de valda biografierna inte motsvarade de inklusionskriterier som belyste vårdens bemötande som önskat. Samt att de böckerna inte var skrivna på 2000-talet. Dessa valdes bort då de inte motsvarade ålder, årtal och upplevelsen av vårdens bemötande.

Författarna har diskuterat kring de inklusion och exklusionskriterier som gjordes inledningsvis för studiens urval. Vi ställer oss frågan om en bredare åldersgrupp kunnat svara bättre för bemötandet? Men då vi diskuterat det tror vi inte att så är fallet. Inte heller hade pojkar kunnat svara för ett bättre resultat, då denna målgrupp inte motsvarade den grupp som författarna önskade. Vi anser att en jämförelse mellan pojkar och flickor skulle vara behövlig för att svara på den frågan. Författarna anser där av att det skulle krävs en egen studie för att ge självskadandepojkar en rättvis bedömning innan jämförelsen görs.

Metodens styrkor

Hur analysens arbete gått till väga redovisas utifrån de olika stegen ur Lundman och Granheim (2008). Stegen redovisas tydligt i punktform, allt för att läsaren ska ha en möjlighet att följa med och ha lättare till att bedöma studiens giltighet, samt hur materialet har samlats in och därefter analyserats. Detta ses i figur 1, där meningsenheter, kondensering, kod, underkategori och kategori går att se. I studiens resultat citeras tonårsflickorna från de analyserade texterna för att lättare kunna ge läsaren förståelse och stärka känslan kring de valda områdena, vilket ska kunna ge en möjlighet för att bedöma studiens giltighet (Lundman och Granheim 2008). På sättet vi

presenterar studiens datainsamling, bearbetning av material samt övriga delar som gör textens helhet, har författarnas mål med studien varit att ge en ökad förståelse för hur självskadande tonårsflickor upplever vårdens bemötande. Att datamaterialet till studien är skrivet på svenska och att vården bedrivits i Sverige ser författarna som en styrka. Vi ser att informationen i analysen lättare kan relateras till den svenska kulturen och dess vårdmiljö. Det då vårt mål med studien är att sjukvårdspersonal och sjukvårdsstudenter kan ha möjligheten att ta del av materialet.

Metodens svagheter

Under analysarbetet uppstod det vid flera tillfällen att vissa av de uttagna kondenserade meningarna gick in i varandra. Detta ser författarna som en svaghet. Det har emellanåt varit svårt att hålla isär de olika upplevelserna vilket gjort att kategorierna och underkategoriernas inte är helt skilda från varandra. Vilket även det kan ses som en svaghet med studien. Lundman och Granheim (2008) menar att det kan vara svårt att utveckla logiska och hållbara kategorier och underkategorier utan att de går in i varandra. Lundman och Granheim (2008) menar att det ska undvikas, men att det är svårt när det handlar om människans beteende. Vidare berättar de att en svaghet kan vara att det överblivna materialet pressa in i det redan befintliga kategorierna vilket kan leda att det inte blir logiska och hållbara kategorier. Då författarnas överblivna material inte kunde placeras i någon av de uttagna kategorierna och underkategorierna tolkade vi detta som en svaghet. Författarna såg att det fanns risk för att studien skulle bli felvisande. Det överblivna datamaterialet valdes då bort. Syftet med studien var att se hur självskadande tonårsflickor upplever bemötandet i vården. Som författarna beskriver i metoden valdes tre självbiografier ut. Antalet valda biografier skulle kunna ses som en svaghet då det bara motsvarar en liten del av det faktiska antalet som självskadar sig. Men efter att författarna tagit del av biografierna och diskuterat vårdens sätt att bemöta tonårsflickorna, så beskrivs de brister på liknande sätt. Detta trots att deras bakgrund skiljer sig från varandra.

Enligt Lundman och Granheim (2008) rör sig författarna mellan en närhet och distans till texterna som analyseras och detta kan till viss del ha påverkat vårt slutliga resultat. Resultatet kan till viss del ha påverkats av våra egna tolkningar och värderingar utan att det varit meningen med studien. Författarna diskuterade även kring sättet personalen beskrivs i biografierna. Det har inte alltid tydligt framkommit vilken yrkesprofession de haft, vilket kan ha påverkat författarnas sätt att tolka materialet på. Författarna har även diskuterat kring hur resultatet kan överföras till andra områden och grupper. Detta är fortfarande oklart hur det ska ske.

Resultatdiskussion

Målet med studien var att ta reda på hur självskadande tonårsflickor upplever vårdens bemötande. Resultatet i vår kvalitativa innehållsanalys visar på att flickor som avsiktligt skadar sig upplever vården på liknande sätt oavsett hur deras bakgrund kring miljö och arv ser ut samt skiljer sig från varandra. Ur studiens resultat framträder både vårdlidande och trygghet vilket speglar bemötandet flickorna upplever från vårdens sida (Anserud 2010, Pålsson 2004 och Åkerman 2012).

Vårdlidande

Ur resultatet ses en gemensam utgångspunkt hos tonårsflickorna. Alla upplever de att bemötandet från vården brister, det beskrivs i två av resultatets kategorier, känslan av hopplöshet vid bemötandet och upplevelsen av utsatthet vid bemötandet (Anserud 2010, Pålsson 2004 och Åkerman 2012).

Resultat beskriver Pålsson (2004) från underkategorin, behandlad som ett objekt, att personalen inte ser eller hör henne. De vårdar henne dagligen, ger henne medicin och mat, men någon tid till samtal finns inte. Samtidigt håller personalen en distans till henne. I studien av Samuelsson, Wiklander, Åsberg och Saveman (2000) beskriver patienter sitt behov av att ha personal omkring sig som de kan prata och känna samhörighet med. Även någon som går att lita på från personalgruppen som man kan vända sig till. Resultatet visar att samhörighet saknas hos patienterna. Personalen bryr sig inte om dem utan patienterna får klara sig själva. Vi kan se känslan som tonårsflickorna beskriver när ingen tar hand om dem. Vi ser här vad ett gott bemötande hade kunnat leda till om personalen bekräftat flickorna. Hade sjuksköterskan istället kunnat bemöta tonårsflickorna på ett annat sätt som hade varit mer passande för denna målgrupp av patienter? Utifrån resultatet kan vi se att ett vänligt men bestämt bemötande är något som flickorna behöver. Som sjuksköterska skulle de kunna uppmuntra flickorna till att hitta andra lösningar för sitt beteende. Genom att sjuksköterskan bekräfta dem och visar att hon förstår deras lidande, men att samtidigt förklara att detta inte är någon lösning på problemet i längden. Vi anser här att sjuksköterskan tillsammans med flickorna finner en lösning på hur beteendet ska kunna upphöra och undvikas. Genom att sjuksköterskan visar sig tillgänglig och engagerad kan vi se att flickornas vårdlidande skulle kunnat minskas.

I resultatet beskriver Anserud (2010) i underkategorin, att inte bli tagen på allvar, om den gången personalen nekar henne inskrivning för psykiatrisk vård. Hon önskar själv vård och behandling för sina symtom. Personalen lyssnar inte till henne, tar henne inte på allvar och förstår inte hennes behov. Wiklander et al., (2003) belyser en liknande situation då personalen inte tar till sig patientens önskningar gällande medicinsk behandling. Personalen menar att det är för sent för den nattmedicin patienten önskar. Därefter rekommenderas patienten till att se på TV istället. En likvärdig situation beskrivs utifrån studien gjord av Samuelsson et al. (2000) då patienterna berättar att personalen inte engagerar sig och visar medkänsla eller förstår dem. Vidare beskrivs att patienterna inte känner sig bekräftade från personalens sida. Utifrån detta gör vi en koppling till vårt resultat där liknande situationer beskrivs. Här anser vi att detta måste vara fruktansvärt svårt för flickorna. Att man inte blir tagen på allvar när man känner att man mår dåligt. Som sjuksköterska anser vi att man måste ta ansvar och stötta dessa flickor. Genom att ta kontakt med anhöriga och försöka engagera dem i flickorna, kan detta vara en hjälp för dem på vägen. Vi anser att sjuksköterskorna kan göra väldigt mycket för flickorna genom att vara engagerade och närvarande. Det skulle kunna göras genom att sjuksköterskan våga ta tag och våga ställa öppna och raka frågor när de ser att något är avvikande i tonårsflickors beteende.

I studien av Samuelsson et al. (2000) tas vikten av förtroende upp i relation mellan patient och vårdare. Här beskrivs hur personalen vid tillfällena söker igenom patientens personliga ägodelar. Känslan som beskrivs av patienten är obehag, att de befinner sig i

underläge ur personalens handlande som styr händelseförloppet. Situationen Samuelsson et al. (2000) tar upp speglar även vårt resultat, då Åkerman (2012) ska kroppsvisiteras, vilket sker mot hennes vilja, Hon beskriver situationen av att befinna sig i underläge mot personalen, hur fel hon vet att handlingen är, men ter sig likgiltigt utifrån personalens handlande och agerande. Wiklander et al. (2003) beskriver i sin studie om personalens övertag mot patienterna. Hur de agerar med ett oförstående och respektlöst handlande mot patienterna. Här ses det övertag personalen har utifrån sin yrkesroll (Wiklander et al., 2003). Man kan utifrån det fråga sig hur sjuksköterskan skulle kunna använda sin makt på ett omvänt sätt? Istället för att personalen skapar ett vårdlidande som flickorna upplever, skulle de istället kunna vända det till något positivt. Att genom sin profession och kunnighet våga gå in i mötet och även stå kvar när det är som svårast. Vi anser att man som sjuksköterska kan använda sin makt på ett professionellt sätt. Genom sin position kan sjuksköterskan göra något konkret som hjälper tonårsflickorna. Som att vara rak och ärlig och våga möta flickornas svårigheter på ett ärligt och trovärdigt sätt anser vi minskar ett onödigt lidande. Dahlberg et al (2003) menar att i en relation mellan patient och vårdare måste personal vara medvetna om att de har ett maktövertag utifrån sin yrkesroll gentemot flickorna. Därför är det viktigt att ha ett accepterande förhållningsätt som då innebär att vårdaren inte lägger några värderingar i det som sägs. Vårdaren ska bara lyssna till vad patienten har att säga

Upplevelsen av att bli lovad något av personalen, för att löftet sedan kom att brytas var en återkommande situation som framkom ur resultatet. Den upplevda känslan beskriver hur vården brister och en del av behandlingen går förlorad. I vår studie ses ett tillfälle då en av flickorna Pålsson (2004) underkategori, när löften inte hålls, erbjuds vård och behandling över helgen, men löftet bryts från personalen sida. Wiklund (2003) menar att ett vårdlidande uppstår på grund av vårdens sätt att agera och utifrån de konsekvenser som uppstår. Wiklund menar även att detta leder till ett ökat vårdlidande istället för att minska det lidande som personalens huvudsakliga syfte är. Här ser vi hennes upplevelse av hopplöshet och förtvivlan när vårdens löfte brustits. Wiklund (2003) menar att vårdlidande är det lidande som patienten upplever av den brister i vård och behandling som berör patienten i en vårdmiljö. I vårdlidandet har personalen en viktig roll då de har en möjlighet att minska eller helt få bort lidandet hos patienten. Vi anser att flickorna ofta drabbas av ett vårdlidande då vården bryter sina löften till flickorna. Vi tror inte att detta sker medvetet i syfte att skada flickorna. Då vi diskuterar kring detta går våra tankar till den utbildning och kunskap sjuksköterskan ska ha i omvårdnad. Vi tror inte att sjuksköterskan är medveten om vilka konsekvenser ett brutet löfte kan komma att innebära för en självskadande tonårsflicka.

I studien av Wiklander et al. (2003) beskriver ungdomarna sin känsla av förnedring i mötet med vården. Förnedringen stärks eller försvagas beroende på hur personalen bemöter och behandlar dem. Sättet de bemöts på är avgörande för den fortsatta behandlingen. Ungdomarna beskriver den skam de känner och hur den minskar och blir mer hanterbar då de bemöts med respekt och vänlighet. Ur vårt resultat ses denna förnedring som speglar vårdlidandet enligt Eriksson (1994) som flickorna erfar. Vi ser en koppling utifrån det sättet Pålsson (2004) behandlas när hon inte är orienterad i tid och rum. I underkategori, att inte bli tagen på allvar bemöter personalen henne inte utifrån det tillstånd och den verklighetsuppfattning hon befinner sig i. Vi anser att personalens sätt att bemöta flickorna inte minskar vårdlidandet utan istället förstärker

det. Eriksson (1994) menar att patienter som inte blir sedda kan uppleva ensamhet och lidande. När patienten visar detta måste vården, enligt Eriksson (1994) bekräfta patienten med trovärdighet och värdighet för att inte kränka henne som person.

Utifrån vårt resultat beskriver Pålsson (2004) i underkategorin, upplevelsen av personalens maktövertag att hon får känsla av kränkning och nedvärdering i mötet av vårdpersonal. Sättet personalen gestikulerar, tittar och tilltalar henne på gör att hon upplever sig avvisad och ovälkommen på akutmottagningen. Pålssons upplevelse av vården resulterar i negativa känslor och bristfälligt bemötande. Att det ihop med att inte bli sedd anser vi resulterar i ett vårdlidande hos henne. Personal ska synliggöra och förebygga hälsorisker samt motivera till förändring hos patienten. Vi tycker att detta ska ske oberoende av vilket verksamhetsområde vården sker inom och det ska präglas av ett etiskt förhållningsätt. Enligt Socialstyrelsen, (2005) ska arbetet ske utifrån evidensbeprövad erfarenhet enligt svensk lag. Utifrån resultatet beskriver tonårsflickorna sina upplevelser som uppkommit genom bemötandet av en dålig attityd, kränkning, inte bli förstörd och framförallt inte sedda. Här anser vi att vården flickorna erfar inte uppfyller kraven utifrån vad svensk lag kräver att de ska göra. Att tonårsflickorna bemöts och behandlas stundtals olika i resultatet beroende på anser vi inte har med vilken yrkeskategori vårdaren har. Frågan vi ställer oss är vad detta kan istället kan bero på? En trolig orsak kan vara den tunga arbetsbelastningen och den stress som vårdpersonal ständigt arbetar emot. Här tror vi även att vårdarens personliga förhållningsätt kan vara avgörande i hur bemötandet kommer att bli.

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska personal kommunicera med patienterna på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Studien gjord av Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) visar på att så inte är fallet. Här ses brister kring vårdens bemötande. Åkerman (2012) har i timmar legat på akutmottagningen i väntan på hjälp för sina symtom, men den ansvarige läkaren lyssnar inte till henne och hon blir hemskickad. Eriksson (1994) menar att man här kan se avsaknaden av lyhördhet och empati från vårdens bemötande och i flickans fall uppkom ett större vårdlidande än det lidande hon hade med sig till sjukhuset. Socialstyrelsen (2005) betonar vikten av att synliggöra situationer som kan leda till försämring av patienten.

Vi anser att utbildning i bemötande brister i vården, även om Socialstyrelsen (2005) kräver att utbildningen ständigt bör utvecklas. Trots att forskning tyder på att det finns en brist i utbildning och bemötande, verkar det inte ha skett någon förändring kring detta. Vi kan utläsa ur statistiken att vården för självska debeteende har minskat den senaste tiden. Däremot har självmorden ökat. Vad kan var en trolig orsak till det? Kan det faktiskt vara så att de brister som syns i vården kan göra att tonårsflickorna undviker att söka vård? Skulle detta då kunna leda till antalet ökande självmord i Sverige? Vi anser utifrån vår studies resultat att sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller mottagande och bemötande gentemot tonårsflickorna. Sättet de bemöter flickorna på tro vi kommer att resultera i hur de i framtiden kommer att se på vården och vilken hjälp den har att erbjuda. Vi anser att mer fokus borde lägga på hur flickorna önskar bli omhändertagna och bemötta. Vi tror att de kommer resultera i ett bättre välmående och välbefinnande hos tonårsflickorna inför framtida vård och behandling.

Trygghet

Ur studies resultat i underkategorin, betydelsen av att vårdpersonal lyssnar. Framkommer det att tonårsflickorna behöver personal runtomkring sig som ser och bekräftar dem för vad de är. Då flickorna blir sedda av personalen visar resultatet att deras tro på sig själva förbättras. Vi ser utifrån resultatet hur förtroendet växer fram mellan personal och flickorna vilket visar på ett förtroende dem emellan. I studien av Schoppman, Schröck, Schnepf och Buscher. (2007) lyfter de fram vikten av att personalen är närvarande med hela sin personlighet när de bemöter patienten. De beskriver hur personalen sitter ner på sängkanten och håller patienten i handen, att säga något behövdes inte, de förstod varandra ändå. Vidare beskriver Schoppman et al. (2007) att tillit och förtroende är en viktig del vid bemötandet mellan personal och patient. För att tillit och förtroende ska växa fram måste en respekt utbytas mellan båda parter. Detta anser vi är en viktig förutsättning för att hjälpa dessa människor.

I studien av Talseth et al. (1999) beskrivs känslan av att bli sedd vilket upplevs som trygghet av patienterna. Personalen behövde inte säga något särskilt utan patienterna upplevde trygghet enbart utifrån deras kroppsspråk. Genom att personalen talade lugnt och inte stirrade på dem upplevde patienterna en trygghetskänsla. Ur vårt resultat av Anserud (2010), Pålsson (2004) och Åkerman (2012) i underkategori, betydelsen av att vårdpersonal lyssnar. Kan vi se att det inte behövs mycket för att flickorna ska uppleva en trygghet från vården. Genom att någon lyssnar till dem och försöker förstå dem kan de uppleva personalen som god och detta bemötande i sin tur leda till trygghet. Personalen tycks inte behöva anstränga sig utan genom att fråga hur de mår, fråga om en specifik händelse eller möta dem med ögonkontakt ger de flickorna trygghet. Då vi diskuterar sjuksköterskans sätt att bemöta och förhålla sig till de självskadandeflickorna kan vi se att det här är en viktig del i välbefinnandet hos dem. Vi har även här diskuterat vikten i att som sjuksköterska håller sig neutral i relationen. Detta tror vi är viktigt då ett allt för uppmuntrande förhållningsätt kan leda till ett ökat självskadebeteende.

Talseth et al. (1999) beskriver i sin studie att de med enkel grundläggande omvårdnad som skötsel av personlig hygien stärkte flickornas självkänsla vilket leder till ökad trygghet. Vi kan urskilja i resultatet att bara genom att någon ser flickorna eller vågar ta dem på allvar gör att de upplever vården som mer positiv. Att de som patienter känner oavsett hur de klarar sig eller inte att alltid någon kommer stå vid deras sida. Detta oavsett hur det själva känner. Att de som patient får etablera en trygghet till personalen genom en god relation är en viktig del.

SLUTSATSER

Genom att belysa flickor som lider av ett självskadebeteende och deras upplevelse av sjukvårdens bemötande, vill vi bidra till kunskap som kan förbättra upplevelsen som flickorna känner. Trots att studier visar att det finns en upplevelse av brist i bemötande tycks problemet med dåligt bemötande kvarstå. Enligt vad vi kan se måste man ta detta problem på allvar. Mer forskning och betydligt mer resurser och utbildning behöver tillföras till vårdpersonal som vårdar dessa flickor. Detta för att få en förståelse av vad bemötande har för betydelse för flickorna. Vår förhoppning är att det ska finnas kunnig personal som vet hur man ska bemöta flickor med skadebeteende på bästa sätt. Vi anser

att vårdlidandet är större än tryggheten hos flickorna och att detta beror på osäkerhet, okunskap och bristande utbildning. Detta avser vi ligger till grund för det negativa bemötande från vårdens sida. Arbetet har givit oss en större förståelse för hur flickor med självskaðebeteende upplever vårdens bemötande. Detta kommer vi ha med oss in i vår nya yrkesroll som sjuksköterskor. Vi vill även betona vikten av att tidigt uppmärksamma flickor med ett självskaðebeteende för att förhindra att beteendet ska behöva gå så långt som för de tre flickorna.

REFERENSER

- Anderson, M, Woodward, L & Armstrong, M. (2004). Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *International Council of Nurses*, 51, 222-228.
- Anserud, R. (2010). *Ett bipolärt hjärta*. Stockholm: Lindqvist Publishing.
- Bywaters, P. & Rolfe, A. (2002). *Look beyond the scars: understanding and responding to self-injury and self-harm*. London: NCH.
- Cullberg (2006)) *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber utbildning.
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal Self-Injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 63-71. doi:10.1037/0022-006X.76.1.63.
- Lindgren, B-M. (2010). *Självskadebeteende*. Ingår i Skärsäter (Red.), *Ovårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. (s.197-209). Lund: Studentlitteratur AB
- Lindgren, B – M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 284-291.
- Lindseth, A., Jacobsson, L. & Norberg, A (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experience of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 29, 1034-1041.
- Lundman, B. Granheim, U.H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. Ingår i Grankär, M., & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lutzén, K. (1997). Ethical reflection in psychiatric nursing. I: J-K. Hummelvoll & U.Å. Lindström (red) (1997). *Nordiske perspektiver på psykiatrisk sykeplei*. Lund: Studentlitteratur.
- Merleau-Ponty, P (1995). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Michale, J. & Felton, A. (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 732-740

(Psykologiguiden, 2012). Hämtad från
<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?ID=1> 2012-12-01

Pålsson, B. (2004). *Vingklippt ängel*. Stockholm: Forum AB.

Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M & Saveman, B. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*. 32. (3). 635-643.

Schoppman, S., Schröck, R., Schnepf, W & Buscher, A. (2007). Then I just showed her y arms...`Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behavior. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14. 587-597.

Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 595-601.

Socialstyrelsen (2004a): Flickor som skadar sig själva – en kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Artikelnummer: 2004-107-1. Hämtad från:
www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2004b): Vad vet vi om flickor som skär sig? Artikelnummer: 2004-123-41. Hämtad från: www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2004c). *Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården – en kartläggning*. Artikel nr: 2004-109-20. Hämtad från: www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnummer: 2005-105-1. Hämtad från: www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2007). *Statistik över skador bland barn i Sverige - avsiktligt och oavsiktligt*. Artikel nr: 2007-125-1. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport: Artikel nr: 2009-126-71 Västerås: Hämtad från: www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2011). *Färre vårdas till följd av självskaador och våld*. Hämtad från www.socialstyrelsen.se

Talseth, A-G., Lindsteth, A., Jacobsson, L & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patient´s experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 29. (5). 1034-1041.

Vårdguiden (2011) hämtad från <http://www.vardguiden.se/> 2012-12-01

Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reaction after suicide attempt. *Psychiatry section, Department of Clinical neuroscience, Karolinska Institute Stockholm Sweden*. 17, 293-300.

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

World Health Organisation, (2009). Suicide prevention (SUPRE) Hämtad från http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html

Åkerman, S. (2009). *För att överleva. Om självska debeteende*. Natur och kultur.

Åkerman, S. (2012). *Zebra flickan*. Västerås: Författarhuset.

Bilaga 1

Självbiografi 1.

| | Använda kapitel och sidor | Diagnos och självskadebeteende. | Framkommen ålder. |
|--|--|--|-----------------------|
| Titel: Ett Bipolärt Hjärta Författare: Rebecca Anserud Förlag: Stockholm: Lindqvist Publishing Årtal: 2010 Antal sidor: 155 Antal kapitel: 11 st. | Kap. 1: Varför blöder mitt hjärta s1-22. Kap.6: Diagnos: Bipolärt hjärta s67-88. Kap.7: Tillstånd psykotiskt s89-102. Kap.10: Dagbok från en psykiatrisk avdelning s131-146. Kap.11: Våga öppna upp och prata s147-151. | -Överdriven sexuellt beteende. -Överkonsumtion av alkohol -Överkonsumtion av läkemedel. -Manier. -Hypomanier. -Deressioner. -Mixed states. -Psykosor. | Femton till tjugo år. |

Ett biplärt hjärta, Anserud (2010) beskriver en flickas kamp mot sin bipolära sjukdom. Hon beskriver hur hon vårdas inom psykiatrins olika instanser. Genom sin envishet och kämparglöd får hon tillslut rätt vård och behandling hon behöver. Men vägen dit är lång. Genom egna återblickar i boken beskriver hon hur det är att leva med sina olika sjukdomstillstånd och självskadebeteende. Vid flertalet tillfällen försöker hon ta livet av sig. Hon beskriver kontakten med vården både som positiv och negativ. Efter fem års hård kamp börjar hon stegvis tillfriskna och må bättre.

Självbiografi 2.

| | Använda kapitel och sidor | Diagnos och självskadebeteende | Framkommen ålder. |
|---|---|---|----------------------|
| Titel: Vingklippt ängel Författare: Berny Pålsson Förlag: Stockholm: Forum AB. Årtal: 2004 Antal sidor: 271 Antalapitel: 3 st delar | Kap 1: Första delen s9-137. Kap 2: Andra delen s141-218. Kap 3: Tredje delen s221-270. | -Överdrivet sexuellt beteende. -Åsamka sig självskada genom yttre föremål. -Överkonsumtion av alkohol. -Överkonsumtion av läkemedel. -schizofreni | Elva till nitton år. |

Ur biografien Vingklippt ängel, Pålsson (2004) återges en ung flickas kamp på olika behandlingshem och sjukhusavdelningar. Hennes varierande diagnoser är tvetydiga och

oklara utifrån läkarna. Hon lever med en känsla att inte höra hemma någonstans på grund av sin psykiska sjukdom. I boken beskriver hon hur hennes tillvaro är att leva med ett självska debeteende. Vilket hon ger uttryck för i boken. Genom sitt beteende beskriver hon hur hon blir bemött av vården. Hon beskriver kampen och svårigheten av att inte bli tagen på allvar. I boken beskrivs vårdens olika instanser med de motgångar och fördelar som uppstår. Boken berättas genom återblickar från hennes tidigare liv under sin sjuka period. Hon beskriver allt ifrån sina tidigaste minnen, genom skoltiden och sin relation till familjen. För att som slutligen som nittonåring börja tillfriskna och bli mottaglig för omvärlden igen.

Självbiografi 3

| | Använda kapitel och sidor | Diagnos och självska debeteende | Framkommen ålder. |
|--|--|---|-------------------------------|
| <p>Titel: Zebra flickan.</p> <p>Författare: Sofia Åkerman</p> <p>Förlag: Västerås: Författarhuset.</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Antal sidor: 271</p> <p>Antal kapitel: 28 st.</p> | <p>Kap.1: Juli. Katt- och råttalek med döden s3-21.</p> <p>Kap.2: Juli. Skärgårdsförjan till paradiset s22-36.</p> <p>Kap. 3: Augusti. En randig bland de enfärgade s37-46.</p> <p>Kap.4: Augusti. Ballerina på slak lina s47-58.</p> <p>Kap.5: September. En flugskit i universum s59-66.</p> <p>Kap10: November. Verklighetens skräckfilm s106-125.</p> <p>Kap.18: Mars. Glitter på sjukhusets randiga lakarn s177-184.</p> <p>Kap.19: Mars Ännu ett år s185-190.</p> <p>Kap. 20: April. Sjukdomsskolan s191-195.</p> <p>Kap 21: April. Sagans land s 196-212.</p> | <p>-Anorexia.</p> <p>-Självska genom yttre föremål.</p> <p>-Överkonsumtion av alkohol.</p> <p>-Överkonsumtion av läkemedel.</p> | <p>Fjorton till arton år.</p> |

I självbiografen *Zebraflikan*, Åkersson (2012) beskriver författaren sin tonårstid. Här beskriver hon sin kamp mot sitt självskadebeteende. Hennes eget självskadebeteende och självhat har hon dragit så långt att läkarna har gett upp hoppet om henne. Läkarna står nu hjälplösa och ingen form av hjälp verkar kunna bryta hennes självskadebeteende. Hon flyttas mellan akutmottagningar, vårdavdelningar och barnpsykiatri. Vid 16 års ålder tvångsvårdas hon för första gången på en vuxenpsykiatrisk avdelning. I sin biografi beskriver hon sitt lidande och sin kamp genom sin sjukdomstid. Hon blottar sitt innersta genom sina tankar och känslor. Hon berättar om upplevelserna av sitt självskadebeteende, hur människorna ser på henne och hur mottagandet av vården är. Hur hon beskriver hur hon tillslut hittar ett sätt att sluta med sitt självskadebeteende.