

MÄLARDALENS HÖGSKOLA
Akademin för hälsa, vård och välfärd
Sjuksköterskeprogrammet

Tala med mig Vård av patienter Med självskadebeteende

Examensarbete i vårdvetenskap, 15 hp
Eskilstuna den 7 december 2011
Författare: Suzan Douglah

Sammanfattning

Bakgrund: Att vårda patienter med självskadebeteende är en utmaning för sjukvårdspersonalen. Ur patienternas perspektiv i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården framkom att patienterna upplevde lidande. Samtidigt presenterades i tidigare forskning bland annat hur vårdpersonalen gjorde sitt bästa för att hjälpa patienterna ur sina lidanden.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter med självskada upplever vårdande inom hälso och sjukvården.

Metod: En kvalitativ innehållsanalys enligt Evans metod användes av tolv artiklar som låg till grund för denna studie.

Resultat: Resultatet av analysen bekräftade problematiken bakom vårdandet för patienter med självskadebeteende. Sjukvårdspersonalen försökte hela tiden hjälpa patienter ur sina lidande men det tolkades som negativa upplevelser av patienterna. Negativa attityder, osedda behov och brist på bekräftelse låg till grund för deras vårdlidande. Den självskadande patienten hade ett stort behov av att tas på allvar och att bli bekräftad.

Slutsats: Med bakgrund och analysresultat som underlag kom det fram att kommunikationen och en öppen dialog mellan vårdare och patienten var ett viktigt verktyg för att kunna hjälpa den självskadande patienten ur sitt lidande.

Nyckelord: Patient, lidande, självskadebeteende, upplevelse, vård.

Abstract

Background: Caring for patients with self-injury is a challenge for health professionals. From a patient perspective in the context of caring in health care showed that patients experienced suffering in the context of caring. While presented in the previous research has included the nursing staff did their best to help patients out of their sufferings.

Purpose: The purpose of this study was to describe how patients with self-injury experience caring in health care.

Method: A qualitative content analysis according to Evans method used by the twelve articles which formed the basis for this study.

Results: The results of the analysis confirmed the problem behind caring for patients with self-injury. The medical staff tried to continually help patients from their suffering, but it was interpreted as negative experiences of patients. Negative attitudes, unseen needs and lack of confirmation on the basis of their health suffers. The self-harming patient had a strong need to be taken seriously and to be confirmed.

Conclusion: The background and analysis results as a basis, it emerged that the communication and open dialogue between the caregiver and the patient was an important tool to help the self-harming patient from his suffering.

Keywords: Patient, suffering, self-injury, experience, care.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrunden	1
2.1. Vårdvetenskapligt perspektiv	1
2.2. Självskaдебeteende	3
2.3. Lagar: Författningar(Styrdokument).....	4
2.3.1. <i>Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska</i>	4
2.3.2. <i>Hälso och sjukvårdslagen</i>	5
2.4. Tidigare forskning.....	5
3. Problemformulering	7
4. Syfte	8
5. Metod	8
5.1. Metodval	8
5.2. Datainsamling och urval	8
5.3. Genomförande.....	9
5.4. Etiska överväganden	10
6. Resultat	10
6.1. Bekräftelse i mötet i sjukvården	11
6.1.1. <i>Bli behandlad som människa</i>	11
6.1.2. <i>Att prata när som helst</i>	11
6.1.3. <i>Förståelse</i>	11
6.2. Besvikelse i mötet i sjukvården	12
6.2.1. <i>Upplevelse att inte tas på allvar</i>	12
6.2.2. <i>Upplevelse att inte bli förstådd</i>	13
6.2.3. <i>Upplevelse brist av stöd</i>	14
6.2.4. <i>Hopplöshet</i>	15
6.3. Maktlöshet.....	15
6.3.1. <i>Skuld och Skam</i>	16
6.3.2. <i>Utebliven vård</i>	16
6.4. Resultat syntes	17
7. Diskussion	18
7.1. Metoddiskussion	18
7.2. Etiskdiskussion	19
7.3. Resultatdiskussion.....	19
7.4. Förslag till vidare forskning.....	22
7.5. Slutsats	23
Referensförteckning	23
Bilaga 1 Datainsamling och urval	
Bilaga 2 Artikel matris	
Bilaga 3 Exempel på analys genomförande	

1. Inledning

Att möta människor som skadar sig själva väcker frågor av typen ”varför?” hos vårdpersonalen. De skador som dessa personer ådrar sig kan bli allvarliga och kräver ofta sjukvårdsinsatser och det är sannolikt att sjuksköterskan stöter på dessa människor i vårdarbetet. Anledningen till självskada kan bland annat vara ett försök att dämpa ångest och förskjuta en inre smärta till en till synes mer konkret smärta. Oavsett orsak så blir dessa patienter bemötta av sjuksköterskor och då är bemötandet en viktig del i förändringen av beteendet.

Intresset för att fördjupa mig i patienter med självskadebeteende upplevelser i samband med vårdandet väcktes under min verksamhetsförlagda utbildning. Min önskan var att få en djupare förståelse och kunskap om självskadebeteendet. Jag uppmärksammade hur ansvariga sjuksköterskor försökte på alla sätt hjälpa patienterna ur sina problem och ge dem bra vård men ändå upplevdes vården negativt. Patienterna kände sig kränkta över säkerhetsåtgärderna på avdelningen och det tolkades som en bestraffning mot dem. Patienterna försökte på alla sätt prata om sina problem och jag märkte hur sjuksköterskorna lyssnade på dem men ändå tyckte patienterna att ingen kunde förstå dem. Därmed gick patienterna med olika medel för att kunna dämpa inre smärtan och det genom att skada sig själva. På så sätt upplevdes dessa patienter som manipulerande och att de bara försöker få uppmärksamhet genom dessa handlingar. Sjuksköterskorna ansåg att patienterna är en grupp som skadar sig eller hotar att skada sig och att det väcker negativa känslor, som till exempel frustration hos sjuksköterskan. Med sådana attityder hos sjuksköterskan kan det leda till ett lidande för patienten då bemötande och vårdande av patienten med utagerande självskadebeteende äventyras. Eftersom dessa patienter befinner sig i beroendeställning till sjukvårdspersonalen är det viktigt att hitta en bra strategi för att kunna bemöta dessa patienters upplevelser och behov och att knyta en god vårdrelation.

Mötet mellan sjuksköterskan och patienten är grunden till en god vårdrelation. Synen på patienten som en unik människa är viktig. Lika viktigt är att kunna förstå den enskildas upplevelse av sin självskadebeteende och av mottagen vård som kan öka vårdarens förståelse för den enskilda patientens behov och önsknings. Samtidigt kunna undvika misstag som kan leda till skada istället för hjälp. Under sjuksköterskeutbildningen lärde sig författaren till detta arbete att grunden till en god vårdrelation är Caritas motiv som innebär bland annat ett ansvar som sjuksköterska har inför den andra i mötet, där hoppet utgör en kraftkälla för den andra att gå vidare. Som blivande sjuksköterska kommer vi i kontakt med personer med självskadebeteende och bör bemöta dessa patienter på ett professionellt sätt. Jag anser att det finns individuella skillnader i dessa personers problem och behov och att det är viktigt att se till den enskilda människans upplevelser och behov. Att bemöta och förstå patienterna på ett professionellt sätt är ett sätt att komma åt problemen och är en grund för en lyckad behandling.

2. Bakgrunden

I bakgrunden presenteras ett vårdvetenskapligt perspektiv, en beskrivning av självskadebeteende, lagar och författningar(styrdokument) och tidigare forskning.

2.1. Vårdvetenskapligt perspektiv

Människosynen enligt Eriksson (1995) bygger på en relation mellan jaget och ”den andra” som omfattar bland annat Gud, anhöriga, vänner och vårdgivare. Tro, hopp och kärlek är drivkraften till att lära och vårda samt är dessa krafter knutna till en bättre tid och framtid som ska komma. Kärlek, hopp och tro är grundstenar som formar all vård. Människans godhet och barmhärtighet utgår från relationen till Gud är avgörande för den inre viljan till kärlek och att inte överge den andra. Att istället för att ge medicin, sitta kvar och hålla patientens hand och att finnas till samt att stödja och att inte ha för bråttom. Eriksson (1990) beskriver vidare människan som en enhet som består av kropp, själ och ande med ett behov och en önskan att bli bekräftad för det hon är och det hon skapat. Därmed är människan beroende av relationer där synen på människan är en odelbar enhet.

Sjuksköterskans använder sig av Caritas grundmotiv för vårdande (Erikssons, 2001) där det uttrycker mellanmänsklig kärlek, omtanke och kännetecknas av att man bär ett ansvar gentemot den andra och vill honom/henne väl. Motivet för vårdande är som en tanke om medmänsklig kärlek, barmhärtighet och medlidande. När Caritas motiv används för vårdande utgår vårdaren vid mötet med patienten från ett genuint intresse att lindra patientens lidande och värna dennes värdighet. Det goda vårdandet sker genom ansning, lekande och lärande. Genom ansningen som innebär beröring kan sjuksköterskan hjälpa patienten att frigöra sig från svåra känslor av till exempel skam. Patienten kan bemästra upplevelser i leken och att pröva olika handlingsalternativ samt tillgodogöra sig nya erfarenheter. I leken kan vårdaren överlåta kontrollen till patienten och på så vis kan patienten uppleva tillfredsställelse och tillit. I lärandet får patienten en möjlighet att utvecklas som människa.

Eriksson(1987) menar att lärandets grund är förståelse. Att lära sig något och göra det till sitt eget sker bland annat genom en vårdande relation. Det är viktigt att koppla ihop värderingar, teoretisk kunskap, egna och andras erfarenheter med hur man handlar i konkreta möten med människor. Eriksson(2001) skriver att mötet mellan vårdpersonal och patienter kan vara vårdande eller icke vårdande. Ett vårdande möte kan vara hälsobringande, medan ett ickevårdande kan leda till minskad känsla av hälsa, missmod och därmed lidande för patienten.

Det finns tre typer av lidande enligt Eriksson(1994) nämligen sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande som kan ta sig uttryck på olika sätt hos olika individer. Livslidandet är en del av en människas liv och där livet segrar, har lidandet gett liv åt nytt liv. Lidandet är en kamp för människans värdighet och frihet att vara människa. Varje människa försöker på sitt sätt bemästra sitt lidande genom att offra en del av sig själv för att sedan utföra en försoning. Sjukdomslidandet är ett lidande som förekommer vid sjukdom och behandling. En vanlig orsak till sjukdomslidande är smärta. Den själsliga och andliga smärtan kopplad till sjukdomslidandet kan uppstå på grund av en fördömande attityd av vårdpersonalen. Det resulterar i ett lidande som är kopplad bland annat till sjukvårdspersonal (Eriksson, 1994)

Vårdlidande är det lidande som orsakas enligt Eriksson (1994) av sjukvården och det anses som onödigt. Dessutom kan grundas i fördömlse och straff som hör samman då patientens fria vilja inte alltid stämmer överens med vårdarens tanke om rätt eller fel, och därmed kan ”straffa” patienten genom att exempelvis ignorera patienten. Även vårdlidande kan uppstå vid maktutövning som sker genom att beröva den andres frihet eftersom den andre tvingas att göra

handlingar som personen inte skulle välja av fri vilja. Utebliven vård kan orsaka vårdlidande som alltid innebär en kränkning av människans värdighet och även ett sätt av maktutövning. Ytterligare kan även ske då bristande kunskaper finns för vad patienten behöver.

Lidandets drama skapas av förväntningar som uppstår vid ett mänskligt möte (Eriksson, 2003). Där förväntar sig patienten att bli vårdad och bemött med värdighet. Lidandets drama gestaltar sig i tre faser. Den första är bekräftelse i lidande, där vårdaren träder in och förmedlar att hon finns för att dela lidandets kamp. Den andra fasen kan vara själva lidandet, alltså att ha möjligheten att lida ut, där den lidande människan pendlar mellan hopp och hopplöshet. Vårdarens uppgift i denna fas är att inte lämna patienten ensam för då kan hon känna ensamheten och hopplösheten i sitt lidande. Det är viktigt att låta människan lida ut, men lika viktigt att finnas kvar och stödja patienten. Den tredje fasen är försoningen, som innebär att finna nytt liv och en ny helhet. Detta innebär för den lidande människan att finna en ny mening vid försoningen. Om den lidande människan inte spelar med i lidandets drama kan det resultera till en upplevelse att lidandet stegrar där själen dör före kroppen (Eriksson, 2003).

För att kunna undvika lidandet är det viktigt att bekräfta människans värdighet. Detta innebär bland annat att inte kränka patienten, att visa respekt, att uppmuntra och stödja och finnas till för patienten. Även betonas vikten av att våga bemöta lidandet i vården. Den goda vården strävar mot att reducera lidande och som har sin grund i kärlek och ansvar för den andre (Eriksson, 1995).

Hälsan nås enligt Eriksson(1995) när människan upplever en helhet till kropp, själ och ande och är förknippad med en känsla av välbefinnande. Enligt Eriksson har hälsan tre rörelser: görande, varande och vardande. I görandet nivå definieras hälsobegreppet med att må bra och att ha hälsa. Hälsan bedöms då utifrån yttre och ofta objektiva kriterier. Fokus ligger på problem som har med sjukdom att göra. Människan är då inriktad att tänka och handla hälsosamt för att undvika sjukdom. I varande nivå är att sträva efter att ha hälsa och att få uppleva välbefinnande, en form av balans i det inre tillståndet. Människan strävar då efter en balans i relationer och olika livssituationer. Hälsa i vardande nivå blir livsfrågor centrala. Det kan vara livskriser eller lyckliga stunder som leder till en djupare insikt i tillvaron. Människan blir hel i vardande nivå och upplever sig integrerad i en djupare nivå. Hon upplever livskraft, frid och en vilja att leva och växa (Eriksson, 1995)

2.2. Självskadabeteende

Favazza(1996), Simeon och Favazza(2001) definierar självskadabeteende som ett medvetet skadande av den egna kroppen utan suicidavsikt. Där beskrivs självskadabeteende som ett liv och självmordsförsök som en död. Där personer med självskadabeteende vill undkomma sin inre smärta medan de suicidala personerna vill stoppa dessa känslor genom självmord.

Sondergaard(2008) beskriver hur individen befinner sig under en period av självskadande, i ett tillstånd av psykisk obalans för att nå ett syfte med sitt självskadabeteende där en psykisk förändring eftersträvas. Att skada sig är en form av självmedicinering för att uthärda psykisk smärta. Självskadabeteende är oftast en reaktion på att man har det svårt, till exempel att en person med skadabeteendet har blivit utsatt för fysiska eller sexuella övergrepp eller ha blivit

psykiskt misshandlad. När man skadar sig kan ångestkänslor för stunden minskas men i längden blir ångesten större. Författaren förklarar vidare att logiken bakom självskadan med att när man orsakar sig själv smärta, skickar kroppen iväg sin egen smärtlindrande medicin, så kallade endorfiner som kan ge en berusningskänsla som påminner om den upplevelse morfin ger. Även abstinenssymtom kan förekomma om personen inte har möjlighet att skada sig. Personen får symtom som yrsel, svettningar och skakningar och då finns det en stor risk för återfall.

Simeon och Favazza (2001) grupperar självskadebeteende till två teman. Den ena är av kulturell orsak och det förekommer i kulturer som handling för att bevisa ett symbolisk värde, såsom tatuering och piercing. Det andra temat är patologiskt självskadebeteende som indelas i tre kategorier: Grovt självstympande beteende, Stereotypiskt beteende och ytligt självskadebeteende.

Första kategorin är det grova självstympande beteendet som är en avsiktlig handling där individen skadar delar av kroppen till exempel genom att egenhändigt amputera en kroppsdel. Orsaker bakom detta skadebeteende kan vara bland annat vara psykosjukdomar, men också hjärnhinneinflammation, medfödd sensorisk neuropatisk, depression och mani, olika personlighetsstörningar och transsexualism.

Andra kategorin är stereotypiskt självskadebeteende och det kan handla om att individen tvångsmässigt slår huvudet mot väggen eller bita sig i händerna. Beteendet kan förekomma hos psykiskt sjuka men också hos funktionshindrade och autistiska personer. Genom att använda beteendet kan individen sträva efter att få uppmärksamhet eller att vända vrede mot sig själv.

Den tredje är det ytliga självskadebeteende och det är upprepade självskador med lindrigare skador som följd. Genom att skrapa sig på armar och ben, dra sig i håret, slå sig själv, riva sig och banka huvudet mot väggen.

Det ytliga självskadebeteende Simeon och Favazza (2001) delar i tre undergrupper: tvångsmässigt, episodiskt och repetitivt. Det tvångsmässiga beteende kan förekomma flera gånger dagligen och utförs rituellt till exempel att man biter på naglarna, river sig eller på annat sätt skadar huden.

Det episodiska och repetitiva självskadebeteende utgår ifrån hur ofta beteendet utförs. De vanligaste självskadorna vid episodiskt beteende är hudskärning, hudbränning och hudrispning. Detta skadebeteende kan befria individen från ångest, smärtsamma känslor och tankar och därmed bidra till återställande av självkontroll. När det episodiska beteendet upprepar sig vanemässigt leder det till ett upprepande självskadebeteende där personen kan ha två upprepade vanemässiga beteenden ”cutter” eller ”burner”. Personen med beteende ”cutter” skär sig själv vanemässigt och ”burner” är den som bränner sig vanemässigt. Dessa personer utvecklar ett beroende att skada sig själva.

2.3. Lagar: Författningar(Styrdokument)

I lagar: författningar presenteras kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska samt hälso och sjukvårdslagen.

2.3.1. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska

Sjuksköterskan ska utgå från en världgrund som vilar på en humanistisk människosyn. Genom att bland annat visa omsorg och respekt för patientens autonomi och integritet. Det är viktigt att ha

förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patienter kunna ge stöd och vägledning och därmed kunna möjliggöra delaktigheten i vården(SOSFS 1995:15).

2.3.2. Hälso och sjukvårdslagen

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Där vården på lika villkor och skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Krav på hälso- och sjukvården är att vården ska bland annat: vara tillgänglig och att byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Dessutom att främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och trygghet i vården, Lag (1982:763).

2.4. Tidigare forskning

I en studie som gjordes av Hayward, Tilly, Derbyshire, Kuipers och Grey (2005) var en kvantitativ studie där syftet var att undersöka vilka grupper av patienter var mest svåra att hantera av vårdpersonalen. Sjuksköterskorna beskrev personer som skadar sig som ett socialt oacceptabelt beteende som sjuksköterskor kunde känna ansvar för, men som de i själva verket var relativt maktlösa att förhindra. Dessutom uttryckte de svårigheten att vårda dessa patienter som sågs som manipulativa och som den svåraste gruppen att vårda bland alla patienter.

Wilstrand, Lindgren, Gilje och Olofssons(2007)var en kvalitativ studie där undersöktes sjuksköterskornas beskrivningar av sina erfarenheter att vårda patienter med självskada. Studien visade sjuksköterskors tunga känslomässiga reaktioner av osäkerhet, rädsla och maktlöshet när de stod inför vård av patienter med risk för upprepade återfall av självskadebeteende. Sjuksköterskorna upplevde hur de förlorade kontrollen över sina känslor i vårdsituationer där de bland annat tog tag i patienternas armar och förödmjukade dem.

Personalens känslor enligt McAllister(2001) beskrevs väl i studien med hjälp av narrative berättelse av två sjuksköterskor om bland annat att inte kunna tillgodose patienters behov och vilka känslor dessa sjuksköterskor hade inför att vårda patienter med självskada. Känslor såsom maktlöshet och ilska, kunde resultera i att sjuksköterskorna distanserade sig ifrån patienten och avfärdade patienten med självskada som manipulativ och obotbar. Sjuksköterskor kände att de måste vara på sin vakt hela tiden, ständigt medvetna om risken för självskada som kunde vara dödlig. De beskrev oro över patientens manipulativa åtgärder som kan lura dem och de kände sig lurade. Sjuksköterskorna erkände sin brist på förståelse av patientens problem och visste inte hur de skulle ta hand om patientens ändlösa problem. Även kände de frustration när de ställdes inför en situation där det krävdes vård av patienter som skadat sig själva. Detta väckte en ilska mot dessa patienter som var svår att släppa, då personalen förlorade kontrollen över sina känslor genom att skrika åt patienten. Sjuksköterskorna uttryckte även svårigheter med att observera patienten noga och ändå kunna skydda deras integritet.

En Studie som gjordes av O 'Donovan & Gijbels(2006) var kvalitativ där data samlades in med hjälp av intervjuer med åtta sjuksköterskor i två akuta psykiatriska enheter. Syftet var att få en

förståelse av psykiatriska sjuksköterskor i förhållande till människor som skadar sig men som inte avses som självmordsbenägna. Resultatet visade att sjuksköterskorna inte kunde skilja mellan självskada med suicidavsikt och självskada utan. Dessutom prioriterades säkerheten i miljön än att tillgodose patienters behov. Sjuksköterskorna betonade vikten att förebygga självskador som ger en fysiskt säker miljö. De metoder som användes för att säkerställa miljön som patienter med självskada befann sig i var borttagning av vassa föremål som till exempel rakhyvlar och sax. Även andra föremål som att ta bort var pennor, kammar, tändstickor, tändare, telefon laddare, sprayer, fotoramar, nagelklippare, medicinering och allt som skulle kunna användas som en ligatur, inklusive skosnören. Sjuksköterskorna uppgav att de hade deltagit i denna praxis för säkerheten för att skydda patienten ifrån att skada sig själv. Även om detta var identifierats av sjuksköterskorna som ett intrång i människors integritet, försökte de alltid att förklara för patienten logiken bakom dessa säkerhetsåtgärder.

En kvantativ studie av Mackay & Barrowclough(2005) undersöktes sambandet mellan upprepade självskador och personalens vilja att hjälpa patienter med självskadebeteende samt att tron att hjälpen fungerade. Resultatet visade att skador som upprepades av patienterna kunde medföra till en minskning av personalens optimism till en förbättring och mindre vilja att fortsätta hjälpa patienterna. Dessutom om handlingar av självförvållade skador uppfattades av sjukvårdspersonalen som orsakades av en faktor som kunde kontrolleras av patienterna, medförde det att vårdpersonalen uttryckte högre nivåer av irritation och mindre vilja att hjälpa en avsiktlig självskada.

Sjuksköterskornas känslor av misslyckande och förlust av förtroende beskrevs i Fish(2000) som är en kvantativ studie. Där undersöktes personalens upplevelser att vårda patienter med inlärnings hinder och som skadade sig själva. Personalen upplevde kraftig känslomässiga reaktioner på incidenter av självtillfogade skador, allt från känslor av ilska till känslor av otillräcklighet och skuld. Sjuksköterskorna rapporterade att vårdrelationen fungerade men ibland kändes som att patienten var manipulerande. Sjuksköterskorna kände tvivel på sin förmåga i sitt arbete att kontrollera självskadebeteendet och försökte att hindra dessa personer att skada sig. Därför användes olika strategier för att hantera självtillfogade skador på fokus på positiva på de positiva aspekterna av patienten, samt ett försök att inte tänka på självskador som ett personlighetsdrag. Patienten med självskadebeteende betraktades som en människa och vilka problem hon/han har, och hur dessa problem hanterades.

Sjuksköterskor som tog hand om självskadande patienter i en ansträngande arbetsmiljö där de tyckte att det var inte lätt att jobba med en sådan grupp (Wilstrand et al., 2007). Sjuksköterskorna fick känslor av separation från medarbetare, personalens bristande medverkan i informationsmöten och att inte höras av ledningen. Deras känsla var ibland så stark och så ansträngande att de sjukskrev sig. Dessutom uttrycktes att det var en utmaning att arbeta med patienter med självskada, men beskrev också förståelse, engagemang, hoppfullhet och möjlighet att vara till hjälp.

En studie som gjordes av Smith(2002) var en kvalitativ studie där tre patienter och femton vårdare intervjuades för att belysa de olika parters uppfattningar om patienters självskadebeteende. Resultatet visade att personalens syn på patienter med självskada var negativt. Vårdpersonalen menade att en av stressfaktorerna hos vårdpersonalen var när de kände

ett ansvar för patientens självskada och detta ansvar upplevdes som tungt. Studien visade hur vårdpersonalen kände rädsla vid arbete med patienter med självskadebeteende och denna rädsla bottenade i en okunskap hos vårdpersonalen om hur dessa patienter bör behandlas.

En studie som gjordes av Thompson, Powis & Carradice(2008) var kvalitativ där undersöktes sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med människor som skadade sig själva. Analysen var fenomenologisk som hade använts där åtta erfarna psykiatriska sjuksköterskor deltog i semistrukturerade intervjuer. Sjuksköterskorna upplevde arbetet med patienter med självskadebeteende var stressande särskilt när det gäller att hantera den känslomässiga effekten på sig och gränserna för deras professionella ansvar i förhållande till riskhantering. Den vårdanderelationen och vilka medel användes för att kunna hantera patienten med självskadebeteende utvecklades genom ”på jobbet” Sjuksköterskorna upplevde personalens brist på samarbete med varandra och uttryckte behovet av utbildning.

En kvantativ studie gjordes av Jeffery och Warm (2002) där undersöktes förståelsen bland olika yrkes grupper inom sjukvården. Sjukvårdspersonalen uttryckte vikten på behovet av mer kunskap och utbildning för att kunna stödja dessa patienter med självskadebeteende. Det visade att psykiatriker och sjukvårdare(allmän läkare och sjuksköterskor) hade sämre förståelse än andra grupper. Det konstaterades att det fanns ett behov av att öka medvetenheten och förståelse av självförvållade skador så att ”remiss och behandling ” kan vara bättre riktade mot individens behov.

En kvalitativ studie som gjordes av Kisley & Slaven(2002) utforskades vårdpersonalens synpunkter på hinder för en effektiv hantering av självförvållade skador. Det kom fram att kommunikationen saknades mellan olika vårdtjänster. Vårdpersonalen upplevde att det saknades en struktur och planering för patienten. Detta ledde till missförstånd om vem som var ansvarig för vad och vad som skulle göras nästkommande. Det ledde att patienter med självskada lämnade akutmottagningen utan en bedömning av självmordsrisk eller en eventuell uppföljning av patienten.

3. Problemformulering

Någon gång i det dagliga vårdarbetet kan personer med utagerande självskadebeteende söka vård för sina självskador. Frågor såsom om vårdpersonalen är inriktade att hjälpa människor som råkat ut för skador och sjukdomar som de inte kan påverka är viktiga att undersöka. Dessa patienter blir ofta hjälpta av vårdpersonalen men ändå känna sig missuppfattade när de söker vård för sina självskador och det väcker många känslor hos vårdpersonalen bland annat maktlöshet och ilska. Dessa känslor hos vårdpersonalen kan leda till negativa följder i mötet med denna patientgrupp. Även i tidigare studier uttrycker sjuksköterskorna hur de gör vad de kan för att se till att patienterna med självskadebeteende får en god vård och ett bra bemötande men ändå kan känna svårigheter att vårda dessa patienter som beskrevs som manipulerande och använder sitt självskadebeteende för att få uppmärksamhet till sig själva. Patienterna kan känna brist på förståelse och negativa känslor i mötet med vården trots att sjuksköterskorna ger patienterna bra vård. Med negativa erfarenheter hos patienterna gentemot vården kan det leda till lidande för patienten samt att det goda vårdandet försvåras.

Patientens upplevelser i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården är nyckeln till mer

förståelse för hur patienten känner, tänker i kontakten med sjukvården. Att ta en del av patientens upplevelser kan det hjälpa vårdpersonalen att hantera patienten på ett smidigt sätt och få kunskaper om vilka metoder som kan hjälpa patienten bäst. Ytterligare kan det bland annat påverka mötet i vården då vården ska kvalitetssäkras, vara en god vård och utföras med omsorg. Frågan är hur patienter med utagerande självskadebeteende upplever vårdandet inom hälso och sjukvården

4. Syfte

Syftet är att beskriva patienter med ett utagerande självskadebeteende upplevelser i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården.

5. Metod

Den metod som har valts för examenarbetet är systematiska studier som enligt Evan (2002) handlar om att skapa en översikt över forskningsresultat inom ett valt område. Artiklarna är kvalitativa då den kvalitativa metoden beskriver bland annat mänskliga upplevelser och relationer. Den har valts för att fördjupa förståelsen för patientens upplevelser och uppfattningar. Enligt Forsberg och Wengström (2008) fokuset ligger på att tolka och skapa mening och förståelse för människors subjektiva upplevelser av olika fenomen.

5.1. Metodval

Evans (2002) beskrivande syntes har valts som innehållsmetod, vilket innebär en summering av kvalitativa studier som lämnar lite utrymme för egen tolkning. De artiklar som ska väljas är redan bearbetade studier och det underlättar bearbetning och förförståelsen av fenomenet.

Den beskrivande syntesprocessen beskrivs och utförs i fyra steg. Steg ett börjar med materialinsamling, där det bestäms vilka relevanta artiklar som besvarar syftet. Artiklarna söks i olika databaser, sökord väljs utifrån de inklusionskriterier plus exklusionskriterier som bestämts för arbetet. Andra steget är att de utvalda artiklarna läses flera gånger tills förståelsen om vad det handlar om nås och en helhets bild av artiklarna skapas där syftet finns med hela tiden. Nyckelfynd plockas fram från varje studie. Det tredje steget är att bilda teman och subteman utifrån identifikationen av likheter och olikheter utifrån nyckelfynderna. Därefter granskas de för att försäkra sig att nyckelfynd som hittats är konsekventa. Det fjärde steget går ut på att beskriva fenomenet där resultatet utformats utifrån teman som innehåller de fynd som länkas till en helhet och därmed en beskrivning av självskadebeteende och dess kunskapsinnehåll.

Innehållet i temat och subteman kontrolleras och jämföras med de ursprungliga studierna. Detta görs för att försäkra sig att innehållet stämmer så att eventuella misstolkningar och motsägelser redigeras. Analysen presenteras på ett sätt som är tydligt och läsbart för ökad förståelse av det valda fenomenet. Texten berikas med citat ifrån artiklarna som ingår i resultatet. Slutligen görs en syntes av resultatet på ett sätt som gör det tydligt, lätt läst.

5.2. Datainsamling och urval

Studien byggde på tolv artiklar där varje artikel studerades enskilt och grundligt för att få fram det som besvarade syftet i studien. De artiklar som valdes var publicerade i vårdvetenskapliga

tidskrifter. Sökningarna tidsbegränsades mellan år 2000-2011 för att få den senaste forskningen på området. Sökningar på artiklar som skulle användas till denna studie var på engelska och svenska. Artiklarna skulle vara tillgängliga i fulltext och inkludera patienter upplevelser med utagerande självskadebeteende. Kvalitativa artiklar valdes och detta motiverades med att kvalitativa studier belyste upplevelsorna av patienter med utagerande skadebeteende bäst och det svarade mot syftet. Inklusionskritierna inkluderade också vuxna män och kvinnor. Åldern hade ingen betydelse. Exklusionskritierna för litteraturstudien var artiklar som belyste suicidala patienter upplevelser, skrivna med kvantativ ansats eller studier som var skrivna före år 2000.

Datansamlingen gjordes via databaserna CINAHL, ELIN@Mälardalen och PubMed (Public MEDLINE). Sökorden som användes var self harm, self-injury, experience, nurse, attitude, client, behavior, relation, qualitative och young people. Sökorden kombinerades med varandra och trunkering användes i överensstämmelse med Fribergs (2006) anvisningar för att få olika varianter på ordet. Trunkering användes även för att hitta de artiklar som innehöll olika böjningsformer av sökorden. Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär trunkeringen att en Asterix (*) ersätter början eller slutet av ett ord. De sökord där trunkering användes var self harm*, experience* och perspective*. Det användes flera sökord för att komplettera antalet artiklar som svarade mot syftet. Orden som användes var: self deliberate, selfmutilation och not suicid. Sökvägar beskrevs i (bilaga 1) och när sökningen genomförts lästes de artiklar som bäst tycktes svara mot syftet. I början valdes artiklarna efter den rubrik som tycktes verka vara relevant. Sedan lästes artikelns abstrakt och vidare studiens resultat. Där valdes de artiklar som besvarade frågor som ledde till att besvara syftet.

Totalt lästes cirka 100 abstract (45 från pub Med, 40 från Cinahl och 15 från Elin@mälardalen). De artiklar som valdes bort efter exklusionskritier var artiklar som beskrev sjuksköterskans upplevelser i samband med patienters utagerande självskadebeteende. De artiklar som exkluderades handlade om suicidala patienters upplevelser eller artiklar som var publicerade före år 2000 och hade kvantativ ansats. Artiklar som var mest relevanta granskades enligt vetenskaplighet och kontrollerades sedan så att de motsvarade syftet. Ytterligare att problemet var väl beskrivet, om hur metoden var beskriven. Till sist kontrollerades vad som kom det fram i resultatet och hur det tolkades. En artikelöversikt genomfördes och beskrevs i (bilaga 2) där artiklarnas innehöll, titel, författare, land, årtal, syfte, urval, datainsamlingsmetod, genomförande, analys och resultat visas. Totalt tolv kvalitativa artiklar valdes och kvalitetsgranskades.

5.3. Genomförande

Under dataanalysen följdes Evans (2002) beskrivande syntes enligt tidigare beskrivna moment. I steg ett söktes och valdes artiklarna i olika databaser med hjälp av olika sökordskombinationer från hundratals till hanterbart antal. De artiklars vars rubrik verkade motsvara studiens syfte lästes abstraktet igenom. Totalt lästes cirka 100 abstrakt (45 från pub Med, 40 från Cinahl och 15 från Elin@mälardalen). De artiklar som valdes bort efter exklusionskritier var artiklar som beskrev sjuksköterskans upplevelser i samband med patienters utagerande självskadebeteende. De artiklar som exkluderades handlade om suicidala patienters upplevelser eller artiklar som var publicerade före år 2000 och hade kvantativ ansats

I steg ett de tolv utvalda vårdvetenskapliga artiklar som besvarade studiens syfte valdes efter

inklusionskriter där inkluderades kvalitativa artiklar som publicerades i vårdvetenskapliga tidskrifter och var tillgängliga i fulltext, artiklar som beskrev kvinnors och mäns upplevelser i samband med självskadebeteende. Artiklar som hittades till denna studie var på engelska och var mellan år 2002-2009. En artikel som valdes handlade om personer med utvecklingsstörning upplevelser. För att undersöka om det fanns någon skillnad av upplevelsena av fenomenet mellan personer med en utvecklingsstörning och personer utan en utvecklingsstörning.

I steg två de valda artiklarna lästes flera gånger för att få en förståelse för självskadebeteende samt förstå artiklarna i sin helhet. Sedan analyserades de valda artiklars resultat var för sig, nyckelfynd identifierades. Likheter och skillnader i studien markerades i olika färger. Likheter markerades med rött och olikheter med blått.

I steg tre bildades tre teman som sedan delades till nio subteman. Detta gjordes utifrån identifikationen av likheter och olikheter utifrån nyckelfynderna. Därefter nyckelfynderna namngavs för att ge innebörden av texten (se bilaga 3).

I steg fyra kontrollerades innehållet i temat och subteman och genomfördes med de ursprungliga studierna, så att eventuella misstolkningar och motsägelser redigerades. Slutligen gavs varje tema med tillhörande subteman en text som beskrev innehållet och återgav det nya resultatet. Sedan analyserades de stycken som framkommit under teman och subteman så att innehållet i texten överensstämde med nyckelfynderna och gav en innebörd åt de olika temana. Efter detta skrevs en slutsats av det nya resultatet utifrån teman och subteman och därmed komma fram till ett nytt perspektiv och kunskap. Innehållet i texten illustrerades med citat för att markera den viktiga text som författaren vill peka på (Evans, 2002).

5. 4. Etiska överväganden

Författaren till detta arbete har varit noga med att referera data till sin källa och försäkrat sig om att det är primär källa som gäller. Citat användes utan ändring från sin källa och språket i citat är skrivna som original texten för att enligt Polit & Beck (2008) kunna undvika misstolkningar och därmed ge en felaktig bild av resultatet.

Målet för den här vetenskapliga studien är att producera en ny kunskap. I forskningsprocessen ställs därför stora krav på noggrannhet och etik. I en statlig utredning om god sed i forskningen uttrycks det så att "forskarens främsta plikt bör vara att söka att vara saklig och objektiv och att ständigt försöka förmedla en rimligt säker och så allmängiltig kunskap som möjligt". (SOU 1999:4, God sed i forskningen, s. 52). Det är viktigt att utomstående skall kunna granska och följa forskningsprocessen och det möjliggörs genom dokumentations där forskaren redovisar hur författaren arbetat, vilket material och vilken metod det användes.

6. Resultat

Resultatet baseras på en innehållsanalys av tolv kvalitativa studier. Analysen resulterade i ett antal teman och subteman som presenterats i tabell 1. I resultatet görs en summering av varje tema innan respektive subtema presenteras. Citat används utan ändring för att kunna ge en bra bild av patienters upplevelser med egna ord.

Tabell 1. Teman och subteman

Tema	Subtema
Bekräftelse i mötet i sjukvården	<ul style="list-style-type: none">• Bli behandlad som människa• Att kunna prata när som helst• Förståelse
Besvikelse i mötet i sjukvården	<ul style="list-style-type: none">• Upplevelser att inte tas på allvar• Upplevelser att inte bli förstådd• Upplevelser av brist på stöd• Hopplöshet
Maktlöshet	<ul style="list-style-type: none">• Utebliven vård• Skuld och skam

6.1 Bekräftelse i mötet i sjukvården

Patienterna betonade behovet av bekräftelse från vårdpersonalen genom att bli sedda och behandlade som människor och inte som en varelse med problem. De uttryckte behovet att bli respekterade och att kunna prata när som helst utan att riskera bli fördömda eller bestraffade. Samtidigt var förståelse en viktig verktyg som vårdaren kunde använda för att kunna hjälpa dessa patienter att sluta sina självsador

6.1.1. Bli behandlad som människa

Patienter med självskada uttryckte sina känslor kring behovet till att bli behandlade som en människa och därmed få en känsla av bekräftelse och acceptans från vårdpersonalen (Reece, 2005). Patienterna belyste att självschadan var inte riktade till vårdpersonalen genom bland annat att få uppmärksamhet. Det var snarare ett försök utåt för att kunna kontrollera den inre smärtan (Duperouzel & Fish, 2007; Brown & Beail, 2009; Longton & Fish, 2002). Vad självschadande patienter verkade behöva (Lindgren et al, 2004) var helt enkelt att bli respekterade och att kunna tas på allvar. Patienterna uttryckte sina behov till en fungerande vårdrelation och stöd (Shoppmann, 2007). Patienterna upplevde känslan att bli behandlade som människor än bara en diagnos, när de tilläts vara med vid planering och utförande av deras egen vård (Lindgren et al., 2004). Ytterligare uttryckte känslan att bli sedda när patienterna ges möjlighet att ta eget ansvar för sina handlingar (Lindgren et al., 2004).

6.1.2. Att prata när som helst

Patienter med självschadebeteende uttryckte sina önskningar att kunna sitta ner, prata när som helst och att ha någon som hade intresse att lyssna, utan att fördöma eller klandra (Taylor et al, 2009). När dessa patienter kunde prata igenom sina problem och svårigheter med någon de kunde lita på ledde det till en reducering på behovet att skada sig själva. Samtidigt upplevde dessa patienter att när de fick prata om vad som helst, hjälpte det att kunna sortera egna tankar och få en aspekt på livet. Patienterna uppskattade när vårdpersonalen lät dem uttrycka sina känslor om bland annat sitt förflutna (Taylor et al, 2009).

6.1.3. Förståelse

Patienterna uttryckte behovet att bli förstådda av vårdpersonalen och det genom att personalen hade kunskap om personliga orsaker till självskadebeteende samt patienternas känslor, inte bara kunskap om diagnosen (Lindgren et al., 2004).

Patienter med självskada beskrev vikten av förtroende för att kunna ta emot hjälp (Shoppmann, 2007; Brown och Beail, 2009). Det som uppskattades av patienterna var att träffa en personal som de kände och som hade förtroende för. Patienterna uttryckte om de inte hade någon förtroende för vårdpersonalen, kunde de inte känna sig trygga och därmed känna ett motstånd att öppna sig och ta emot vård (Shoppmann, 2007; Brown och Beail, 2009). Förtroendet och förståelsen om patientens behov kunde ske när vårdpersonalen hade tillräcklig kunskap om självskada och att kunna vara lyhörd för patientens behov och önskningsar (Duperouzel, 2007; Taylor et al, 2009; Longton & Fish, 2002). Då skulle dessa patienter med självskadebeteende kunna ta emot den hjälp och stöd som erbjöds. Samtidigt uttryckte patienterna sina uppskattningar när vårdpersonalen förklarade för dem om vårdåtgärderna samt att få information om sin egen vård (Taylor et al, 2009)

6.2. Besvikelse i mötet i sjukvården

Patienter med självskadebeteende upplevde besvikelse i sjukvården genom att de inte togs på allvar genom att inte kunna bli hörda, sedda eller bli delaktiga i vården. Patienterna upplevde att de inte blev förstådda av vårdpersonalen när de inte fått den vård som var anpassat efter deras önskningsar och behov. Att uppleva brist av stöd kunde medföra att patienterna kände frustration men även känslor av hopplöshet, när det hade brustit i förtroendet gentemot vårdpersonalen. Patienterna uttryckte sina känslor av besvikelse i sina upplevelser i mötet i sjukvården. Denna upplevelse som en patient hade haft kunde inte förnekas eftersom bekräftelse av människans värdighet berördes

6.2.1. Upplevelse att inte tas på allvar

Att inte bli sedd eller bemött som en människa orsakade en besvikelse hos patienter med självskada i mötet med vårdpersonalen (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004; Duperouzel & Fish, 2007; Hume & Platt, 2007; Brown & Nigel, 2009). Patienterna menade att personalen inte såg eller mötte deras behov, vilket var annorlunda från vad de förväntat sig. En av patienterna beskrev vidare hur hon blev förskräckt när hon blev bemött som ett objekt av vårdpersonalen (Lindgren et al., 2004). Det skapade ett hinder för att initiera någon form av kommunikation med vårdpersonalen.

Att inte bli bemött som en människa kunde upplevas av patienten som ett angrepp på självkänslan (Brown & Nigel, 2009). Patienten upplevde sig missförstådd och kände sig inte tagen på allvar av vårdpersonalen.

Att inte kunna göra sig hörd eller att kunna kommunicera med personalen upplevdes av patienter med självskada som en känsla av frustration. Att tala, men ingen kommer att lyssna hade haft en stor inverkan på livet för patienter med utagerande självskadebeteende (McAndrew och Warne, 2005; Sinclair och Green, 2005; Brown och Beail, 2009) som följande citat visar:

”So I went to see this counselor and she just took me through this cognitive whatever{ therapy}, she spent an hour going through all this rubbish, and I just wanted to talk and she just wanted to

go through her theories” (Sinclair & Green, 2005, sid 3)

Patienten upplevde att behandlaren brydde sig mer om sina teorier än att lyssna på patienten. Därefter kände besvikelse över den vård han erbjöds (Sinclair & Green, 2005)

Patienter med självskadebeteende upplevde ett behov att prata om sin självskada, men vårdpersonalen envisades med att undvika ämnet.(Duperouzel & Fish, 2007; Reece, 2005). Patienterna hade ett stort behov att sitta tryggt och kunna prata om sina självskadebeteenden, men det upplevdes att vårdpersonalen inte orkade med patienternas problem. Vårdpersonalen brydde sig bara att se den synliga skadan istället för att lyssna på patienterna och hela energin lades åt patientens fysiska status. Patienterna mådde dåligt på grund av personalens avvisande (Brown & Beail, 2009), där de hade ett stort behov att diskutera den inre smärta med vårdpersonalen.

Patienterna med självskadebeteende beskrev sina upplevelser att få en diagnos för sina beteenden. Att få en psykiatrisk diagnos på sitt beteende, bidrog den ställda diagnosen till att inte kunna berätta om sina berättelser. Deras upplevelser och beteende sågs som ett symptom av vårdpersonalen och en risk till högre doser av medicinering (McAndrew & Warne, 2005; Hume & Platt, 2007).

Patienter med utagerande självskadebeteende upplevde besvikelse av att inte tas på allvar genom att de inte involverades i sin egen vård (Lindgren, Wilstrand, Gilje & Olofsson, 2004). Dessa patienter upplevde brist på respekt, och att bli objektifierade och att behandlas som ett objekt av vårdpersonalen. Känslor som att betraktas som ett slags ”maskiner” eller utan en ”själ” och inte som en människa var dominerande i deras upplevelser av sjukvårdspersonalen. De beskrev känslan att vårdpersonalen inte brydde sig och därmed kände de sig kränkta när till exempel personalen inte tog deras åsikter på allvar, som en patient förklarade enligt citatet nedan:

“It feels as if my opinion isn’t worth anything. What I feel isn’t worth anything. If I say that I can’t sleep, that doesn’t matter, because I am supposed to sleep. That feels a bit insulting actually” (Lindgren, et al., 2004, sid.288)

Patienterna fortsatte beskriva sina besvikelser över att deras åsikter inte togs på allvar eftersom de var mentalt sjuka och det betydde att allt som de tyckte och sade var meningslöst (Lindgren, et al. , 2004).

Att inte tas på allvar av personalen visade patienterna sitt missförtroende om vad vårdpersonalen kunde göra för att kunna hjälpa dem(Howerton, Byng, Campbell, Hess, Owens & Aitken, 2007). Patienternas känslor om vården upplevdes negativ. Dessa patienter upplevde att personalen saknade kunskaper om självskador och att de inte kunde göra mera än att ge mediciner (Howerton at al, 2007). Förtroendet är en viktig del för att patienterna skulle kunna ta emot hjälp och att hjälpen som erbjöds verkligen hjälper (McAndrew & Warne, 2005).

6.2.2. Upplevelse att inte bli förstådd

Patienter upplevde att de inte blev förstådda när det gällde kroppsuppfattningen och om vilka behov de upplevde som viktiga. Vårdpersonalen saknade förståelse för dessa patienters syn om sina kroppar (Reece, 2005). Dessa patienter kände hat inför sina egna skadade kroppar och att de inte vill se den eller att visa den för andra.

Patienten beskrev hur han täckte över sin kropp för att han skämdes att andra skulle upptäcka de synliga skadorna på kroppen (Brown & Beail, 2009). En annan patient upplevde vårdpersonalens okunnighet vad det gällde förståelse för patientens behov. Vårdpersonalens förslag till en åtgärd som det troddes hjälpa patienten, upplevdes kränkande av patienten (Reece, 2005) som tydliggörs enligt citatet nedan:

” I was told to go home and have a bath. I said, you don't know what the hell you talking about, you are asking someone who actually doesn't like their body to go and sit in a bath. Can you imagine that?” (Reece, 2005, sid. 567)

Patienterna med självskada klagade av att personalen hellre ville ge mediciner eller fokuserade sig på praktiska behandlingar såsom att ta blodprover än att kunna sitta ner och ha förståelse för orsaken till självskadorna (Howerton et al., 2007). Patienterna menade att det fanns en orsak till en självskada och att detta inte gordes för att det var roligt

Patienterna klagade att vårdpersonalen hade lite tid att prata med dem även om de skulle göra ett försök att lyssna på dessa patienter gjorts detta snabbt (Duperouzel & Fish, 2007). Patienterna upplevde att vårdpersonalen bara koncentrerade sig på problem som dessa patienter hade, istället för att kunna se hela människan. Därmed upplevde patienterna besvikelse över att vårdpersonalen inte spenderade tid för att kunna känna honom som en människa, och istället tittade vårdpersonalen bara på patienten med en uppsättning av problem.

Istället för att förstå patienternas behov tillfredsställdes dessa med praktisk behandling och medicinering. Att inte bli förstådd av vårdpersonalen om varför man själv skadar sig berodde bland annat på dålig kunskap och intresse att förstå dessa människors problem (Lindgren et al, 2004; Reece, 2005; Smith, 2002; Duperouzel & Fish, 2004).

6.2.3. Upplevelse brist av stöd

Patienter med självskada uttryckte sina besvikelser på brist av stöd från vårdpersonalen (Reece, 2005). Patienterna kände skam och känslor att bli avvisade av sjuksköterskan. I stället för att få stöd, bemötts dessa patienter av frågor och aggressivitet (Reece, 2005). En patient beskrev en situation där en sjuksköterska fick henne känna sig avvisad, panikslagen och skräckslagen när hon blev upptäckt när hon höll på att självskada sig själv. Patienten förväntade sig stöd i form av att hålla hennes hand och kunna förmedla trygghet men istället blev hon ifrågasatt och kritiserad av vårdpersonalen (Reece, 2005).

Utan någon form av en fungerande vårdrelation kände patienter med självskada sig ensamma (Lindgren, 2004; Shoppmann, 2007). Patienterna berättade om hur de kände sig ensamma och hur framtiden kändes oviss. Dessa patienter behövde någon att ha en dialog med, en form av en relation där de kunde få tröst och stöd.

Patienterna kände sig aldrig så ensamma som när de befann sig i en slutenvård inom den psykiatriska vården. De upplevde brist på stöd och det tycktes så underligt eftersom patienterna sökte vård för att kunna få hjälp (Lindgren et al, 2004) som följande citat visar:

”You wake up, eat breakfast, then you do nothing, then you do nothing, then you eat lunch, then you do nothing, then you do nothing, then you eat dinner, then you do nothing, then you do nothing and then you eat supper, then you do nothing, then you do nothing and then you go to the bed” (Lindgren et al, 2004, sid 288)

Patienten uttryckte sin besvikelse över att inte få något stöd på avdelningen och detta resulterade till missnöje, frustration och hopplöshet för en bättre framtid(Lindgren at al, 2004).

6.2.4. Hopplöshet

Patienter med självskada kände hopplöshet när det brister i förtroende gentemot vårdpersonalen (Hume och Platt, 2007; Sinclair, 2005). Dessutom kände osäkerhet om vårdpersonalen kunde hjälpa dessa patienter att bli av med självska debeteendet som följande citat visar:

” I mean they were very kind, very good but there was absolutely nothing they could do. They had no resources and no trained staff or anything...I was begging for help. The reality was, although it`s probably one of the largest diseases in this country, there isn`t any help. If they [family] hadn`t been able to do anything, my family hadn`t helped. I`m probably convinced that the system would have just left me to die, because it did nothing, it did absolutely nothing” (Sinclair, 2005, sid 3)

Patienten upplevde att personalen saknade resurser och kunskap om självskada och därmed skapade en känsla av hopplöshet hos patienten (Sinclair, 2005).

Patienterna upplevde hopplöshet i kontakt med sjukvården när de hade uppfyllt kriteriet för en psykisk sjukdom(Lindgren et al, 2004; McAndrew & Warne, 2005; Hume & Platt, 2007). Patienterna kände hopplöshet att kunna ändra självska debeteendet och det berodde på att självska debeteende kändes en del i sin personlighet (Hume & Platt, 2007). Patienter med självskada beskrev ytterligare problematiken med att få diagnos på sitt beteende(Mc Andrew & Warne, 2005). De upplevde en förvirring och ett hinder att berätta sin historia och upplevelser, deras skadebeteende ansågs som en enbart ett symptom på sin sjukdom och en risk till högre doser medicinering. Patienter med självska debeteende belyste vidare att den omvårdnads ansvariga måste lyssna på vad som kommunicerades av patienterna istället för rutinmässigt ställa diagnoser som ett alternativ för att få djupare förståelse i patienternas lidande(Reece, 2005)

6.3. Maktlöshet

Patienter med självska debeteende upplevde ofta en känsla av en övergång från att vara ett subjekt till ett objekt i sjukvården. Att de lämnade sig för andras agerande, bedömning och beslut ledde det till en känsla av maktlöshet . Patienterna upplevde känslor av skam och skuld efter kritiken de fått från vårdpersonalen. Dessutom kände de sig en börda och att vara till besvär. Utebliven vård kunde uppstå genom att ignorera, straffa eller att förutse patienten med lite

information om sin egen vård.

6.3.1. Skuld och Skam

Patienter med självskadebeteende upplevde skuld, skam och press för vad vårdpersonalen kände och tyckte inför deras självskada och det ledde till en känsla av maktlöshet. Patienterna fick höra att vårdpersonalen kände sig ledsna om patienterna skadade sig själva (Duperouzel & Fish, 2007) som följande citat visar:

”Well they`ve told me, when I`ve threatened to self-harm in the past, they say I don`t want you to hurt yourself because I`d feel uppset if you did hurt yourself, I`ll feel bad that I`ve not done my job proper...” (Duperouzel & Fish, 2007, sid 63)

Patienterna upplevde press och skuld att personalen kunde riskera sina jobb om patienterna fortsatte med sina självskador. Skuldkänslor och klander upplevde patienterna med självskada men också känslor att vara till besvär och en extra börda för sjukvården (Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009) som beskrevs väl i citatet nedan:

” The last time I had a blood transfusion the consultant said that I was wasting blood that was meant for patients after they`d had operations or accident victims. He asked whether I was proud of what I`d done...” (Taylor et al, 2009, sid 106)

Patienterna upplevde klander från vårdpersonalen som handlade om att dessa patienter utnyttjade bland annat blod som var avsett till andra patienter efter till exempel trafikolyckor (Taylor et al, 2009).

6.3.2. Utebliven vård

Patienter upplevde att vårdpersonalen inte förstod självskadan och att det var därför dessa patienter hade blivit fördömda och straffade (Duperouzel & Fish(2007). Patienterna kände förtvivlan och maktlöshet över personalens agerande inför sina självskador, där Personalens agerande var att klandra patienterna, frågade om motiv för självskada och hotade dessa patienter med bestraffning.

Patienterna upplevde hur de förnekades vård och fick höra kommentarer från vårdpersonalen såsom *”They say you come in too often”* (Duperouzel & Fish, 2007). Patienterna fick inte träffa sina psykiatriker och därmed förvägrades deras vård och en chans till en eventuell hjälp(Duperouzel & Fish, 2007). Andra patienter hade upplevt en bestraffning från en sjuksköterska genom att nekas en smärtlindring (Brown & Beail, 2009). Patienterna upplevde känslor av maktlöshet över personalens reaktioner över deras självskadebeteende och upplevde hur personalen använde olika medel för att förneka dessa patienter den vård de troddes hjälpa (Brown & Beail, 2009). Patienterna upplevde ensamhet och frustration när vårdpersonalen ignorerade och lämnade patienterna när de hade ett stort behov att prata om sin inre smärta som tydliggörs enligt citatet nedan:

“I used to feel miserable when people don`t talk to me when I`m in a bad mood (Ben). I felt really upset. I said I can`t believe I did this. And I told the staff about it and they just cleaned it

up and left it at that (Alison) ” (Brown & Beail, 2009, sid510).

Patienterna rapporterade att de var försedda med lite information om sin vård och att den behandling de fick gavs utan någon förklaring (Tatiana, Taylor, Hawton, Fortune & Kapur, 2009). Detta förklarades av patienterna att vårdpersonalen var okunniga och saknade kunskap om självskada (Taylor et al, 2009).

Patienterna fick en känsla att personalen antingen inte skulle ta upp problemet om självskadan, undvika den, eller skulle vara osannolikt ha förståelse för den (Duperouzel & Fish, 2007; Brown & Beail, 2009; Longton & Fish, 2002). De fruktade att nämna att behöva självskada sig för det skulle uppmana personalen att utöka kontrollåtgärder och utsätta dessa patienter för bevakning.

Patienter med självskada hade blivit lovade att bli kontaktade efter sina sjukhusvistelser (Smith, 2002; Taylor et al, 2009) men ingen hörde av sig.

6.4. Resultat syntes

Patienter med självskadebeteende uttryckte behovet av bekräftelse från vårdpersonalen genom att bli sedda och behandlade som människor. De önskade att prata om sina problem utan att bli fördömda av vårdpersonalen. Ytterligare upplevdes känslan att vara behandlade som människor av vårdpersonalen, när de tilläts vara med vid planering och utförande av deras egen vård. Dessutom upplevde patienterna bli sedda när de gav möjlighet att ta eget ansvar för sina handlingar. Patienterna uttryckte vikten av tillit och förtroende gentemot vårdpersonalen. De menade att när de träffade en vårdpersonal som de kände och litade på, ledde det till att kunna prata igenom sina svårigheter och på så sätt minskade behovet till självskadan. Samtidigt uppsakatades när vårdpersonalen lät dem uttrycka sina känslor som hjälpte att sortera egna tankar och få en aspekt på livet.

Patienter med självskadebeteende upplevde besvikelse i sjukvården genom att de inte togs på allvar. I samband med vårdandet kände patienterna att de inte blev sedda, hörda eller delaktiga i vården av vårdpersonalen. Att uppleva brist av stöd medförde att patienterna kände sig bland annat vara en börda för sjukvården. Dessa känslor resulterade att dessa patienter inte vågade be om hjälp. Det slutade att patienterna fick känslor av skuld och skam i samband med kontakt med sjukvårdpersonalen därmed kände patienterna ett behov att skada sig själva för att kunna dämpa inre smärtan till yttre smärtan.

Patienterna upplevde att de inte blev förstådda av vårdpersonalen när det gällde kroppsuppfattningen och om orsaken till självskadan. Därmed upplevdes att sjukvårdpersonalen inte kunde tillgodose patienterna behov. Patienterna kände hopplösheten när de upplevde personalens okunskap om självskador. Dessutom kände patienterna hopplösheten efter dem fått en diagnos för sitt beteende. Detta upplevdes som ett hinder att prata om sina problem och en risk till en högre medicinering.

Patienterna upplevde att de lämnade sig för andras agerande, bedömning och beslut, det ledde till en känsla av maktlöshet. Patienterna kände sig att vara till besvär och upplevde känslor av skuld och skam efter kritiken de fått av vårdpersonalen. Patienterna upplevde hur de förnekades vård genom att de inte fick den vård som de troddes hjälpa dem som till exempel att träffa en psykiatriker. Andra patienter hade upplevt en bestraffning genom att nekades en smärtlindring. Därmed upplevde patienterna maktlöshet när vårdpersonalen ignorerade dem när de hade ett stort

behov av hjälp. Detta handlade om utebliven vård som kunde uppstå när vårdpersonalen ignorerar eller att förutse patienten med lite information.

7. Diskussion

Syftet med studien att belysa självskadande patienters upplevelser i samband med vårdande inom hälso och sjukvården. Resultatet visar på bristen av kunskap om fenomenet samt bristen på förståelse för personer med självskadebeteende. Resultatet behandlar också hur sjukvårdspersonal försöker på olika sätt hjälpa patienterna med självskada men ändå tycks deras hjälp inte räcka till. Relevanta faktorer har framkommit och syftet anses därför vara uppfyllt.

I följande avsnitt presenteras metod, etik samt resultatdiskussionen där resultatet diskuterades med stöd av teoretiska ramar.

7.1. Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva självskadande patienters upplevelser i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården. Syftet och resultatet anses stämma överens vilket stärker validiteten, det vill säga ett mått på hur väl materialet mäter det som är tänkt att undersökas. För att få förståelse av patienters upplevelser (Forsberg & Wengström, 2008) valdes en kvalitativ metod. Evans(2002) beskrivande analys valdes som analysmetod. Metoden användes för att kunna fokusera på att tolka och skapa mening och förståelse för människors subjektiva upplevelser av olika fenomen.

Forskaren till denna studie arbetade med förståelsen av dessa människors beskrivande upplevelser i de tolv artiklar som användes till denna studie. Dessutom gjordes ett försök utifrån patienters upplevelser att beskriva och tolka dessa människors upplevelser i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården..

En stor del av studiens resultat utgjordes av en del av citat. Avsikten med detta var att kunna lyfta fram patienternas upplevelser med sina egna ord. På så sätt kunde en rättvis bild av deras upplevelser i samband med vårdandet lyftas fram.

Att använda en innehållsanalys av ett skrivet material gjorde att en del av upplevelsen som beskrivits försvinna, såsom kroppsspråk och känslomässiga reaktioner. Detta kunde därför medges som en svaghet vid användandet av en innehållsanalys.

I denna studie gjordes en redogörelse över självskadande personers upplevelser i samband med vårdandet inom hälso och sjukvården. I bakgrunden valdes att arbeta med en relevant litteratur och vetenskapsgranskade artiklar. I tidigare forskning användes artiklar som behandlade sjukvårdspersonalens perspektiv. Detta valdes för att kunna beskriva sjukvårdspersonalens perspektiv av fenomenet och därmed kunna diskutera och genomföra med patienternas upplevelser. På sått kan problemet vad det handlade om tydliggöras. Detta valdes för att få ett gott underlag till studiens analys.

De tolv vetenskapliga artiklar som låg till grunden för Evans analysmetod(2002) stämde gott överens med varandra. Artiklarna kom från olika länder i världen men också från Sverige vilket stärkte de valda artiklars överbarhet. Artiklarna var skrivna mellan år 2000 och 2009. Den valda sökperioden valdes för att det var otillräcklig antal artiklar som hittades under senare perioden . I början tänkte författaren till denna studie att upplevelserna av ett visst fenomen inte kunde ändras över en tidsperiod. Men sedan tänktes att det måste ha skett en förändring under

tidsperioden vad det gäller sjuksköterskans ansvarsområde ”vårdande”. Ytterligare att det måste skett en utveckling vad det gäller sjuksköterskans kunskaper och utbildningen. Nackdelen med att begränsa sökningar under en period var artiklar som besvarade syftet förkastades. Även språk som inte behärskades exkluderades, vilket resulterade att informationen med andra språk missades.

Genom att läsa artiklar som besvarade syftet kunde författaren till denna studie få en insamlad bild av vad det handlade om. Nyckelfynden plockades utifrån likheter och olikheter av självskadande människors upplevelser i samband med vårdande. Utifrån en samlad beskrivning av deras upplevelser kunde en förståelse av fenomenet nås. Författaren till detta arbete tyckte att det var svårt att samla ihop alla insamlade nyckelfynden och därmed sätta dem under ett subtema. Flera gånger ändrades subtema eftersom andra subtema tycktes passa och stämma bättre med syftet. Därefter samlades alla subteman och utifrån subtema, bildades teman. Även här ändrades teman flera gånger tills det passade med andra teman som besvarade syftet. Det kunde vara en svaghet att välja bara de nyckelfynden som passade till respektive subtema och tema. De andra nyckelfynderna som inte passade förkastades. Om dessa ”onödiga” nyckelfynden användes, skulle det kunnat ge andra perspektiv av upplevelserna och detta kunde ses som en svaghet

Bland de artiklar som valdes var det en artikel som beskrev självskadande patienter med en utvecklingstörning upplevelser i samband med vårdande. På sätt ville författaren till detta arbete undersöka om det fanns någon skillnad vad det gällde upplevelsen av fenomenet. Detta kan vara en fördel för arbetets förlitlighet, då bevisades att det känslomässiga reaktioner var detsamma mellan personer med en utvecklingsstörning och personer utan en utvecklingsstörning. Reliabiliteten anger metoden tillförlitlighet i mätning. Flera artiklar överensstämde om att vårdpersonal saknade kunskap om självskada och därmed hade svårigheter att vårda patienter med självskadebeteende, det stärker studiens tillförlitlighet. Även analysmetoden hade följts noggrant anses det bidra till en god trovärdighet för studien

7.2. Etiskdiskussion

Författaren till detta arbete hade varit noga med att referera data till sin källa och försäkrat sig att det var primär källa som gäller. Citatet användes utan ändring från sin källa och språket i citat var skrivna som original texten. Stavfel i citatet rättades inte och det kunde ha påverkat förståelsen av texten.

7.3. Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa patienters upplevelser i samband med vårdande inom hälso och sjukvården. Något som framkom i resultatet att patienter med självskada uttryckte behovet av bekräftelse från vårdpersonalen genom att bli sedda och behandlade som människor (Reece, 2005). Detta bekräftades när vårdpersonalen fokuserade på det positiva aspekterna av patienten (Fish, 2000) och att inte tänka på självskador som ett personlighetsdrag. Därmed upplevde patienterna respekt och tagna på allvar, när de tilläts vara med vid planering och utförande vid deras egen vård (Lindgren et al., 2004). Patienterna uttryckte behovet att prata om sina svårigheter utan att bli fördömda eller kritiserade av vårdpersonalen (Taylor et al., 2009). Ytterligare uttryckte de vikten att träffa en sjukvårdare som de hade tillit för och som de kände sen tidigare

vårdtillfällen(Shoppmann, 2007; Brown & Beail, 2009). På så sätt kunde patienterna öppna sig och ta emot den vård som erbjöds. Eriksson(1990) beskriver hur människan är beroende av den andra som har ett behov och en önskan att bli bekräftad för det hon är och det hon skapat.

I tidigare forskningen uttryckte sjuksköterskorna svårigheten att hantera och att vårda patienter med självskadaebeteende. De uttryckte sin maktlöshet att hindra dessa personer att skada sig själva och kände ett ansvar för deras självförvållade skador(Hayward, Tilly, Derbyshire, Kuipers och Grey, 2005). Sjuksköterskor kände att de måste vara på sin vakt hela tiden, ständigt medvetna om risken för självskada som kunde vara dödlig(McAllister, 2001)De beskrev oro över patientens manipulativa åtgärder som kunde lura dem. De uttryckte även svårigheten med att observera patienten noga och ändå kunna skydda deras integritet. Uppenbarligen mår en stor del av vårdpersonalen dåligt i samband med vårdande av patienter med självskada, vilket kan gå ut över patienterna. Oroande att vårdpersonalen kände sig ansvariga för patienternas självsador och därmed kände att de måste vara på sin vakt. Får personalen det stöd de behöver bemöter de tydligt patienterna på ett bättre sätt vilket leder i sin tur att dessa får ett värdigt bemötande och bättre vård.

I resultatet framkom också hur patienter med självskada uttryckte sitt missnöje med hur de behandlades av sjukvården. Patienterna beskrev sina besvikelser att de inte hade blivit sedda, förstådda och bemötta med respekt. Dessa människor hade bakomliggande problem i sin bakgrund och hade bland annat utsatts för sexuella trakasserier och därmed hade ett stort behov av förståelse och stöd av vårdpersonalen.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) 2§ skall målet för hälso och sjukvården vara en vård på lika villkor för hela befolkningen och skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet och lika värde. Lagen påbjuder vidare att vården skall tillgodose patientens behov samt behålla sin självbestämmande och integritet samt det skall respekteras. Goda kontakter mellan patient och vårdpersonal skall främjas och vården skall utformas i samråd med patienten utifrån en individuellt anpassad information.

När resultatet i detta arbete ställdes i relation till HSL uppstod oenighet om vad mitt resultat visar och vad lagen föreskriver. Patienterna fräntas rätten att bestämma själva vad det gällde sina egen vård genom att inte bli hörda och genom att inte tas på allvar. Det framkom i resultatet att patienterna behövde någon som lyssnade på dem och förstod den inre smärtan. Däremot ignorerade vårdpersonalen patienten och koncentrerade sig på att vårda patienten fysiskt. Därmed upplevde patienterna frustration och ilska som riktades mot vårdpersonalen och sig själva. Det framkom att vårdpersonalen saknade förståelse för patientenas behov och önskemål. Det framkom i resultatet att problemet ligger i bristen på kommunikation mellan vårdpersonalen och patienten även medarbetarna emellan. En av orsakerna till icke fungerande kommunikation och förståelse kan vara kontinuitet. Detta beskrevs väl i Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson(2007) där sjuksköterskorna kände separation från medarbetare och fick inget stöd för att kunna orka med patienter med självskada. Detta ledde att sjuksköterskorna sjukskrev sig. Detta riskerade enligt HSL, det goda kontakter mellan patient och vårdpersonal. Att vården skall främjas och utformas i samråd med patienten. För HSL skall kunna upprätthållas och följas krävs det en fungerande kommunikation mellan patienten och vårdpersonalen och medarbetarna emellan.

Patienter med självskadebeteende upplevde besvikelse att inte tas på allvar och att inte bli respekterades av vårdpersonalen och detta kan grundas till vårdpersonalens attityder inför denna patientgrupp. Vårdpersonalens synsätt och bemötande beskrevs väl i McAllister(2001) där personalens känslor, bland annat maktlöshet och ilska som kunde leda till att personalen distanserade sig från patienten. Därmed kände patienterna sig ensamma och värdelösa.

Att inte kunna kommunicera och att behandlas som ett objekt upplevdes av patienter med självskada som en känsla av maktlöshet. Eriksson(1995) beskriver hur viktig relationen mellan jaget och den andra där tro, hopp och kärlek är drivkraften till att vårda. Dessa krafter är en källa till hopp och en bättre framtid. Patienterna kände hopplöshet inför framtiden för att de erbjöds hjälp bara för sina synliga skador det vill säga rengöringar av sårskadorna eller en smärtlindring av vårdpersonalen. Eriksson(1995) menade vidare att människans godhet och barmhärtighet är avgörande för den inre viljan till kärlek och att inte överge den andra. Att istället för att ge medicin, kunde vårdpersonalen sitta kvar och stödja patienten. I motsats till detta upplevde patienter med självskada att personalen inte hade tid att sitta kvar och att ha en dialog med patienten (Lindgren et al., 2004; Shoppmann, 2007;Duperouzel & Fish, 2007). Det framkom på flera ställen i studierna att patienterna kände ensamhet när de befann sig på en sjukvårds avdelning. Detta verkade vara konstigt eftersom patienten kom och sökte vård för att kunna få hjälp och stöd.

Patienter med självskadebeteende hade ett livslidande där självskadan enligt Sondergaard(2008) är en reaktion på att personen har det svårt. Självskadan är en form av självmedicinering för att uthärda psykisk smärta. Patienterna kände sig missförstådda av vårdpersonalen om orsaken till deras självskador. Istället för att förstå patienternas behov, tillfredsställdes dessa med en praktisk behandling och medicineringen. Vad patienter med självskada behövde var att personalen visade engagemang och intresse för patienten, att bli hörda och involverade i sin egen vård.

Att utsätta patienten för kränkning och skam även känslor av hopplöshet är ett övergrepp för patientens självkänsla. Patienten fråntas även rätten att ta del av sin egen hälsoprocess. I kompetensbeskrivning av sjuksköterskan beskrevs hur sjuksköterskan skall utgå från värdegrunden som vilar på en humanistisk människosyn. Genom att bland annat visa omsorg och respekt för patientens integritet och autonomi. Det är viktigt att ha förmåga att kommunicera med patienten på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. I dialog med patienten är det viktigt att kunna ge stöd och vägledning för att möjliggöra delaktigheten i vården(SOSFS 1995:15) Patienter kände sig som ett objekt, där vård och behandling bestämdes av andra och behandlingen praktiserades utan att involvera patienten.

I flera studier av patienter med självskada (Smith, 2002; McAndrew& Warne, 2005)framkom problematiken med att få en diagnos för sitt beteende. Känslor av att personalen som såg diagnosen och bortsåg från människan bakom beteendet och därmed inte visade något intresse att lyssna på patienten. Den ställda diagnosen bidrog till att patienter med självskada inte fick berätta om sitt lidande och därmed kände patienterna ett ytterligare lidande när de kände hopplösheten att inget kunde hjälpa dem. Utifrån begreppet lidande som beskrevs av Eriksson(1994) som är kopplad till vården kallas vårdlidande och som anses onödigt. Detta kan uppstå på grund av en fördömande attityd av vårdpersonalen. Även vårdlidande kan grundas i fördömelse och straff, då patientens vilja inte stämmer överens med vårdaren. Patienterna kände sig utlämnade för vårdpersonalens agerande,

bedömning och beslut och det handlar om en maktutövning. Patienterna upplevde hur de förnekades vård till exempel smärtlindring av vårdpersonalen. De upplevde känslor av skam, maktlöshet och att känna sig avvisade och en börda för sjukvården. Även fick höra att vårdpersonalen kände sig ledsna eller kunde riskera sina jobb om patienterna fortsatte med sina självsador.

För att kunna ge stöd i samråd med patienten och möjliggöra delaktigheten kan bara möjliggöras, när det finns en fungerande vårdande. Sjuksköterskan uppgift är att ansvara för att se till att vårdandet fungerar så att kunna erbjuda det stöd som den lidande människan behöver. Eriksson(2001) beskriver mötet mellan vårdpersonal och patienten antingen vara vårdande eller ickevårdande. Ett vårdande mötet kan vara hälsobringande så att patienten får förtroende att kunna öppna sig för vårdpersonalen och därmed får den stöd han/hon behöver. Medan ett ickevårdande kan leda till minskad känsla av hälsa, missmod och därmed lidande för patienten. För att kunna möjliggöra det vårdande mötet krävs det att vårdpersonalen ha ett förhållningssätt gentemot patienten, som förmedlar förtroende, trygghet och att kunna vara lyhörd för patienten.

Författaren till detta arbete anser efter att ha reflekterat över patienters upplevelser i samband med självskada, att en av orsakerna till icke fungerande vårdrelation är att inte involvera patienten i sin egen vård. För att patienten ska kunna vara delaktig krävs det att vårdpersonalen har rätt kunskap för att kunna informera patienten om vårdprocessen. Patienterna upplevde att vårdpersonalen saknade resurser och kunskap om självskada och därmed skapade en känsla av en hopplöshet hos patienterna. I tidigare forskningen visades att en av stressfaktorerna hos vårdpersonalen enligt Smith(2002) var när vårdpersonalen kände ett ansvar för patientens självskada och hur vårdpersonalen kände rädsla som bottnade i okunskap om hur dessa patienter bör behandlas. För att vårdpersonalen ska kunna ta emot kunskap krävs det en förståelse för fenomenet och ett lärande. Eriksson(1987) belyser att lärandets grund är förståelse och hur lärandet leder människan till en utveckling och därmed nå en ny helhet. Genom att informera patienter med självska debeteende om sina egen vård krävs det kunskap och undervisning. På så sätt kan vårdpersonalen göra patienterna delaktiga och därmed kan de behålla kontrollen över sin egen situation. Då kan oron som är kopplad till vad som ska ske försvinna när patienten få ta del av informationen.

Patienter med självska debeteende uttryckte behovet av bekräftelse från vårdpersonalen(Reece, 2005; Lindgren et al., 2004; Shoppmann, 2007; Duperouzel, 2007) genom att bli sedda och att bli behandlade som människa. Patienterna uttryckte behovet att personalen kunde ha mer förståelse för självsador och därmed kunna bemöta deras behov och önsknings. Dessutom uttrycktes det att kunna prata när som helst utan att bli ignorerade av vårdpersonalen. De uttryckte behovet till en fungerande vårdrelation och stöd. För att en vårdrelation mellan vårdare och patienten skall fungera krävs det "det goda vårdandet" där vårdandet kan ske enligt Eriksson(2001) genom ansning, lekande och lärande. Genom ansning som kan ske genom att hålla patientens hand och därmed kan hjälpa patienten frigöra sig från känslor av skam. På sätt kan patienten känna sig trygg och börjar prata om sitt lidande. När patienten tas på allvar kan patienten känna sig bekräftad. I leken kan patienten bemästra upplevelser och pröva olika handlingsalternativ. När patienten känner att han har kontrollen att bestämma själv, kan patienten känna sig tillfredsställd.

I arbetet ingår problematiken bakom patientens lidande i sjukvården mötet i samband med självska debeteende. Jag anser att en god vårdrelation och en tydlig struktur och planering är viktiga för att bryta destruktiva mönster och för att bygga upp självkänsla och identitet.

7.4. Förslag till vidare forskning

Studien visade att patienter med självskada hade ett stort problem i samband med kontakt i sjukvården. Patienterna hade ett stort behov att prata men trots att vårdpersonalen lyssnade på dem tyckte patienterna att ingen kunde förstå dem. Där patienterna bemöts med negativa attityder vid bemötande med sjukvårdspersonalen. Detta kan bero på att vårdpersonalen saknar kunskaper och därmed kan känna osäkerhet i vårdande av patienter med självska debeteende. Författaren till detta arbete anser att vårdutbildningen kan formas så att begreppet människan och bemötande i samband med psykiska sjukdomar undersöks ytterligare. Detta ökar medvetenhet och kan underlätta bemötande av patienter med olika problem och därmed kunna tillgodose deras behov.

Under arbetets gång har det framkommit i tidigare studier om patienters upplevelser i samband med självska debeteende men vill betona att det krävs flera studier som handlar om kommunikationen i vården. Detta kan enligt bidra till en ökad medvetenhet och en god hjälp att kunna hantera olika situationer vid mötet med patienter med självska debeteende. Med en rätt kompetens hos sjuksköterskan och ett gott bemötande av patienten kan detta leda till en minskad lidande för patienten. Författaren till detta arbete efterfrågar vidare forskning kring kommunikationen mellan vårdpersonal och patientens upplevelser i samband med möten i sjukvården

7.5. Slutsats

I resultatet framkom att patienter med självska debeteende i stort sett upplevde lidande i samband med vårdande i sjukvården. Patienterna upplevde maktlöshet och hopplöshet i mötet med sjukvårdspersonalen och därmed kunde sänka deras självkänsla. I tidigare forskning framkom sjukvårdspersonalens version om bemötandet av dessa patienter. Där vårdpersonalen försökte ge bra vård, skydda patienten och samtidigt kunna skydda patientens integritet. Därmed upplevde patienterna brist på förståelse och respekt i mötet med sjukvårdspersonalen. En slutsats av detta är ansvaret i mötet ligger i sjuksköterskans profession och att se till att omvårdnaden överensstämmer med vetenskap och berövad erfarenhet. Med positiva attityder hos vårdpersonalen gentemot patienterna med självska debeteende kan det leda till känslor av tillit och trygghet hos patienterna. En stöd av ledning och en utökad utbildning för psykiska problem kan det hjälpa och underlätta vårdandet av patienter med psykiska problem. Jag hoppas med min uppsats har kunnat lyfta upp problemet och ökat förståelsen för fenomenet samt att kunna ge bästa förutsättningarna för dessa patienter att finna en utväg för sitt lidande.

Referensförteckning

Brown, J & Beail, N. (2009). Self-Harm Among People with Intellectual Disabilities Living in Secure Service Provision: A Qualitative Exploration. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 503–513

Duperouzel, H & Fish, R. (2007). Why couldn't I stop her? Self injury: the views of staff and clients in a medium secure unit. *British journal of learning disabilities*, 36, 59-65

Eriksson, K. (1987). *Pausen – en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson K. (1990). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

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

Eriksson, K.(1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. (red.), Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Lindholm, L. & Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan - verklighet och visioner*. Vasa sjukvårdsdistrikt kf och Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K.(2001). *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. (2003). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive researchh: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2), 22-26.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture And Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Fish, R. (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service, *Experiences of direct care staff*. *Journal of Learning Disabilities*, 4(3)193-207

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

Hayward, P., Tilley, F., Derbyshire, C., Kuipers, E. & Grey, S. (2005). "the ailment" revisited: Are "manipulative" patients really the most difficult? *Journal of Mental Health*, 14(3): 291 – 303.

Howerton, A., Byng, R., Gampbell, J., Hess, D., Owens, C & Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. *BMJ | ONLINE FIRST | bmj.com*

Hume, M & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. *BMC Public Health*, 7:9

HSL:<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Jeffery, D & Warm, A. (2002). A study of service providers' understanding of self-harm. *Journal of Mental Health*, 11, 3, 295–303

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

Harker-Longton, W & Fish, R. (2002). Cutting doesn't make you die: One woman's views on the treatment of her self-injurious behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities* 2002 6: 137

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

McAllister, M. (2001). In harm's way: a postmodern narrative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 391-397.

McAndrew, S & Warne, T. (2005). Cutting across boundaries: A case study using feminist praxis to understand the meanings of self-harm. *International Journal of Health Nursing*. 14, 172-180

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

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

Schoppmann, 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, 587-597

Simeon, D. & Favazza, A. R. (2001). *Self-Injurious Behaviors: Phenomenology and Assessment*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Sinclair, J & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients` experiences. *Cite this article as bmj.com (published 20 April 2005)*

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

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.

Sondergaard, P. (2008). När livet gör ont: om självskadande beteende bland unga. Stockholm : Gothia.

SOU 1999:4 God sed i forskning. Utbildningsdepartementet. Kommittén om forskningsetik. Stockholm

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:15) om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Stockholm, Socialstyrelsen, 1995

Taylor, T; Hawton, K; Fortune, S & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British journal of psychiatry* 194, 104-110

Thompson, A. R; Powis, J & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses `experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 153-161.

Wilstrand, C; Lindgren, M. B; Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses` experiences caring for patients who self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 72-78

Bilaga 1. Datainsamling och urval

Databaser:	Sökord:	Träffar:	Urval:
PubMed (Public MEDLINE)	deliberate self harm* AND qualitative*	13	2
PubMed (Public MEDLINE)	self Deliberate AND nurse*	65	1
PubMed (Public MEDLINE)	Self injury* AND client*	14	1
PubMed (Public MEDLINE)	Self harm NOT suicid* AND relation* AND nurse*	60	1
CINAHL	Self harm experience*	2	1
CINAHL	Self-harm* AND young people*	73	1
Elin@mälardalen.se	Self harm AND behaviour	204	1

Bilaga 2. Artikel matris

Artikel	Syfte	Metod	Resultat
Brown, J & Beail, N. (2009). Self-Harm Among People with Intellectual Disabilities Living in Secure Service Provision: A Qualitative Exploration. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> 2009, 22, 503–513	Förståelse för upplevelsen av självförvållade skador bland personer med utvecklingsstörning som bor i trygga boende. Även undersöka deltagarnas upplevelser av sina självskador och deras förståelse för detta beteende, inklusive interventioner	Denna studie använde en kvalitativ design där nio deltagare (fem män och fyra kvinnor) som deltog i studien och som bodde i en speciell säker tjänst för människor med utvecklingsstörning och utmanande beteende som engagerat sig i självskador under de senaste 3 månaderna.	Fenomenologisk analys användes som tolkningsmetod där resultatet gav tre teman. Den första beskriver samband med självskador och där ingår sub teman som gäller tidigare erfarenheter av missbruk och förlust och aktuella frågor om kontroll och skydd. Den andra tema anknyter till den känslomässiga upplevelsen av självskada, som präglades av ilska, frustration, hopplöshet, lättnad, skuld och ånger. Det tredje temat beskrev samband med förvaltningen av självtillfogade skador. Deltagare hade erfarenhet av hjälpsamma enskilda och samverkande strategier, liksom insatser som upplevdes som styr, ohjälpsam eller förlöjligande.
Duperouzel, H & Fish, R. (2007). Why couldn't I stop her? Self injury: the views of staff and clients in a medium secure unit. <i>British Journal of Learning Disabilities</i> , 36, 59–65	Att beskriva upplevelser av personer med lindrig/måttlig utvecklingsstörning om själv skada och de som arbetar med dem.	En kvalitativ fenomenologisk metod användes. Två separata studier gjordes. En studie gjordes där nio personer med lindrig/måttlig utvecklings störning med självskada djupintervjuades och den andra studien där fyra assistenter och fem sjuksköterskor intervjuades.	De två studierna som beskrivs i detta dokument lyfter fram svårigheter och frågor som är viktiga för denna patientgrupp och sjukvårdspersonal som vårdar dem i en säker miljö. Ett antal idéer om hur vården kan förbättras, för både personal och dessa patienter med självskada. Fyra gemensamma teman identifierades: förståelse, kommunikation, skuld och kontroll.
Harker-Longton, W & Fish, R. (2002). Cutting	Studien syftar till att undersöka	en kvalitativ, fenomenografiska	Självskador verkar vara en viktig copingstrategi som

<p>doesn't make you die: One woman's views on the treatment of her self-injurious behaviour. <i>Journal of Intellectual Disabilities</i> 2002 6: 137</p>	<p>erfarenheter och åsikter av självskadande beteende ur en kvinna med en lindrig utvecklingsstörning.</p>	<p>metoden baserad på en intervju med en kvinna med en lindrig utvecklingsstörning</p>	<p>används av Catherine. Under samtal, pratade Catherine om de olika faktorer som upprätthåller hennes beteende. Hon diskuterade "hög" och lättnad hon kände när hon skada sig själv och beskrev känslan som "ånga kommer ut". Hon har även talade om att straffa sig själv och behovet för människor att se att hon hade skadade sig själv som en form av kommunikation för hennes distress. Hon har beskrivit sin besvikelse över personalens brist på förståelse för hennes behov.</p>
<p>Howerton, A., Byng, R., Gampbell, J., Hess, D., Owens, C & Aitken, P. (2007). Understanding help seeking behaviour among male offenders: qualitative interview study. <i>BMJ ONLINE FIRST bmj.com</i></p>	<p>Syftet är att undersöka vilka faktorer som påverkar hjälpsökande för psykisk ohälsa av brottslingar</p>	<p>Kvalitativ studie baserad på djupintervjuer med fångar före och efter frigivning.</p>	<p>De flesta deltagare i studien uppgav att de inte skulle söka hjälp hos en allmänläkare eller annan hälso-professionella om de upplever psykisk ohälsa. Efter frigivningen hade ingen sökt läkarhjälp trots att många hade stora känslomässiga problem. Det beror på brist på förtroende mot systemet och mot hälso-personal. Där uttrycks ofta som specifika negativa föreställningar. Misstro är ett stort hinder för tillgång till hälso-vård bland brottslingar</p>
<p>Hume, M & Platt, S. (2007). Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. <i>BMC Public Health</i>, 7:9.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka uppfattningar om interventioner för självskador (formella och informella, förebyggande och behandling) bland människor som har egen erfarenhet som en följd av sitt</p>	<p>intervjuer genomfördes med 14 patienter inlagda på sjukhus efter en upprepad handling av självskada.</p>	<p>Denna studie visar på vikten av att erkänna skillnader inom den självskada patienter och erkänna patienternas personliga förhållanden och livshistoria. Dessa kan ge ledtrådar till grundorsaken till dessa patienters självskador, och leda till mer acceptabla och Lämplig behandling. Tre teman förekom: erfarenheter av psykisk sjukdom, självskade patientens erfarenhet kopplade</p>

	eget beteende.		till arten av patienternas självskador och deras erfarenheter av och attityder mot insatser för självskador.
Lindgren, B., Wilstrand, C., Gilje, F & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 11 , 284–291.	Syftet med denna studie var att beskriva hur personer med självskador erfarenhet fått vård och deras önskade vård.	Nio deltagare, alla svenska kvinnor som hade behandlats för slutenvård eller öppenvård psykiatrisk vård, berättat sina erfarenheter av vård för självskada med hjälp av kvalitativ innehållsanalys	Det framkom betydelsen av att bli förstådd, sedd och bekräftad av sjuksköterskan som kan leda till hopp hos dessa patienter med självskada
* McAndrew, S & Warne, T. (2005). Cutting across boundaries: A case study using feminist praxis to understand the meanings of self-harm. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 14 , 172–180.	Att undersöka erfarenheterna av tre kvinnor som alla hade en lång historia av egen skada beteende. Psykoanalytiska begrepp används för att undersöka betydelsen av de konflikter som dessa kvinnor upplever. Frågorna handlar om stora förväntningar om att bli hörda.	Kvalitativ fallstudie där uppgifterna har samlats in genom öppna intervjuer av tre kvinnor med självskada.	De viktigaste i resultaten är att deltagarna beskriver tydligt vård de får, vill, borde och förväntar sig där deltagarna beskriver sina besvikelser med ett mycket grundläggande förväntningar, som ses och värderas som en mänsklig varelse.

<p>* Reece, J. (2005). The language of cutting: Initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 26:561–574.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor med självskada och sjuksköterskor tilldela mening och tala om deras erfarenheter i mötet i vården.</p>	<p>kvalitativ studie där 14 sjuksköterskor och 9 kvinnor med självskada intervjuades. Tematisk analys används för att koda data.</p>	<p>Exempel på en del av vad som kom i resultatet var frågor kring makt och kontroll, där sjuksköterskor kände ett behov av att kontrollera skadebeteendet hos dessa kvinnor, medan kvinnorna fortfarande kände bristande kontroll över sina kroppar och liv. Självskadan hjälpte dessa kvinnor med självskada att återställa balansen, vilket kan vara svårt för sjuksköterskan att hantera.</p>
<p>* Schoppmann, S., Schröck, Schnepf, W & Buscher, A (2007). ‘Then I just showed her my arms . . .’ Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behavior. A hermeneutic phenomenological study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 14, 587–597</p>	<p>Syftet med studien att få inblick i självskadade patienters erfarenheter och på så sätt bidra till förståelsen av denna utsatta grupp.</p>	<p>Observation och kvalitativa djupintervjuer med deltagande användes. Hermeneutisk fenomenologisk perspektiv användes.</p>	<p>De viktigaste slutsatserna är att sjuksköterskor kan identifiera tidiga tecken på en hotande förlust av kontroll, och att självskadande beteende är en effektiv strategi för att avsluta en smärtsam upplevelse av utanförskap. Självskadande beteende förstås som en form av "egenvård".</p>
<p>Sinclair, J & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. <i>BMJ</i>, 14; 330 (7500): 1112.</p>	<p>Syfte Att utforska självskade historik för de med en historia av självförvållade skador men som inte längre gör det, att förstå hur de uppfattar denna resolution och att identifiera potentiella konsekvenser för tillhanda hållandet av hälsovårdstjänster.</p>	<p>Design Kvalitativa djupintervjuer studie. 20 utvalda deltagare från en representativ kohort som pekades ut 1997 efter en episod av självförvållade förgiftning som ledde till sjukhusvård. Deltagare som inkluderades var om de hade några ytterligare episoder under minst två år före intervjun.</p>	<p>Slutsats Patienter med en historia av självförvållade skador som inte längre skadar sig själva berättar om sina upplevelser i termer av brist på kontroll över sina liv, antingen genom alkohol beroende, obehandlad depression, eller, hos ungdomars problematik inom deras familje förhållanden. Hantering av självförvållade skador i sjukvården har en roll i identifiering och behandling av depression och</p>

			alkoholmissbruk
Smith, S, E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 9, 595–601	Syftet med forskningen var avsedd att belysa potentiellt kontrasterande uppfattningar av självskadebeteende som ett sätt att belysa ett aktuellt kliniskt problem.	Intervju med frivilliga personer med självskada. Från dessa intervjuer utvecklades centrala teman och material från litteratur lästes. Detta bidrog till att forma aspekter av problemet som senare diskuterats med personalen	Resultaten visade att personalen på det hela taget överens med synen på människor som har upplevt självskada; att de ofta ses negativt, men detta håller på att förändras.
Taylor. L, T; Hawton, K; Fortune, S & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 194, 104–110.	Syftet med studien är att systematiskt granska människors inställning till kliniska tjänster efter självtillfogade skador för att förbättra vården.	En sökning i elektroniska databaser genomfördes och experter inom området kontaktades i syfte att identifiera relevanta världsomfattande kvalitativa eller kvantitativa studier. Data samlades och extraheras med tyngd ägnas åt studier av högre kvalitet och relevans	Trettioen studier uppfyllde inklusions kriterierna. Trots att variationer i hälso-och sjukvårds system och inställning, deltagarnas erfarenheter var anmärkningsvärt likartade. Dålig kommunikation mellan patienter och personal och en upplevd brist på personal rön om självtillfogade skador var vanliga teman. Många deltagare föreslog att psykosociala bedömningar och tillgång till stöd och vård efter avslutad sjukhusvistelse.

Bilaga 3. Exempel på analysgenomförande

Nyckelfyndet		Tema	Subtema
Vad patienter behöver är att bli accepterade och att bli hörda(4)		Bekräftelse i mötet i sjukvården	Bli behandlad som en människa
Upplevelse att bli respekterad och att tas på allvar(1)			
Behöver stöd och en fungerande vårdrelation(6)			
Önskan att kunna prata utan att bli dömda(4)			Att kunna prata när som helst
Att prata leder till att kunna sortera tankar och få en aspekt på livet(3)			
Förtroende är viktig för att kunna ta emot hjälp(6)och (12)			Förståelse
Att bli förstådd kan det leda att kunna få den hjälp och stöd man behöver(12)			
En önskan att			

vårdpersonalen ha förståelse för självskada (3)och(12) och (14)			
Patienter uppskattar när vårdpersonalen informerar och förklarar om vårdsåtgärderna(12)			

