

EXAMENSARBETE

**Sjuksköterskors upplevelser av att vårda
suicidala patienter**

**Nurses' experience of caring for the
suicidal patients**

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 Höskolepoäng
Vårtermin 2008

Emma Brunbäck
Viktoria Nilsson

Handledare: Maria Gustafsson
Examinator: Susanne Källerwald

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskans upplevelser av att vårda suicidala patienter
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 poäng
Författare:	Brunbäck, Emma; Nilsson, Viktoria
Handledare:	Gustafsson, Maria
Sidor:	20
Månad och år:	April, 2008
Nyckelord:	Omvårdnad, suicidal patient, sjuksköterska, psykiatri, akutsjukvård

Sjuksköterskor inom somatiken möter patienter med psykisk ohälsa i sitt dagliga omvårdnadsarbete. Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling och vårdas på somatisk akutavdelning/akutmottagning. Författarna använde sig av en kvalitativ metod med intervjuer som datainsamlingsmetod. Tio sjuksköterskor intervjuades som arbetade inom akutsjukvård och hade minst ett års erfarenhet. Resultatet bestod av fyra teman; svårigheter i omvårdnaden, känslor i mötet med patienten, resurser och samarbete med psykiatrin. Resultat visade att allmänsjuksköterskan önskade mer psykologisk grundkunskap för att utveckla sin omvårdnad av den suicidala patienten, med exempelvis samtalsteknik, eftersom de ansåg att kommunikationen med patienten var utmanande. Även ett bättre tillvägagångssätt för att närma sig, bemöta och knyta an i en vårdrelation med patienterna. Samarbetet mellan psykiatrin och den somatiska vården var inte tillfredställande vilket gjorde sjuksköterskans omvårdnadsarbete svårare. Det behövdes en tydlighet i utförandet av omvårdnad och arbetsrutiner för patienter som vårdades inom både somatik och psykiatri.

ABSTRACT

Title: Nurses' experience of caring for the suicidal patients

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Brunbäck, Emma; Nilsson, Viktoria

Supervisor: Gustafsson, Maria

Pages: 20

Month and year: April, 2008

Keywords: Caring, suicidal patient, nurse, psychiatry, acute care

Nurses' within the somatic care are encountered with patients with mental illness in their daily work. The aims of the study were to enlighten nurses' experience of caring for a patient that has committed a suicidal act and are cared for in a somatic acute ward. The authors used a qualitative method with interviews for collecting data. Ten nurses' were interviewed that worked with acute care and had at least one year experience. The result contains four themes; difficulties with caring, feelings in meeting with the patient, resources and cooperation with psychiatry. Result showed that general nurses' described a wish for more psychological knowledge to improve their care for the suicidal patient, for example dialogue technique, because they thought that the communication with the patient was challenging. Also a better way to get close, meet and connect in a relationship with the patient. The cooperation between psychiatry care and somatic care were not satisfying which made caring more difficult for the nurse. There were needs to clarify the caring and working routines for patients that are cared for in both the somatic and psychiatry care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Begrepp	1
Statistik	2
Patienter med psykisk ohälsa	2
Vårdrelation	2
Känslor	3
Kunskap och erfarenhet	3
Den suicidala patienten	4
Sjuksköterskans attityder	4
Vårdandet.....	5
Rutiner	5
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	6
Problemformulering	7
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
Ansats	7
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska aspekter	9
RESULTAT	10
Svårigheter i omvårdnaden	10
Känslor i mötet med patienten	11
Samarbete med psykiatrin	12

Resurser	13
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion	19
Behov av nya studier	19
REFERENSER	22
BILAGA 1	A
BILAGA 2	B

INLEDNING

I allmänsjuksköterskans utbildning läggs ingen stor vikt till ökad kunskap om psykisk ohälsa och dess omvårdnad. Om studenten inte själv gör ett aktivt val till en verksamhetsförlagd studie inom psykiatri är detta inget krav under utbildningen. Trots detta möter sjuksköterskor inom somatikens alla verksamhetsområden även patienter med psykisk ohälsa. Att inte känna trygghet i sin kompetens kan bidra till ökad stress för sjuksköterskan eller leda till känslor av maktlöshet och rädsla inför dessa möten eller situationer oavsett område. Inom akutsjukvården förekommer även möten med psykiskt sjuka patienter som medvetet skadar sig själv, i syfte att ta sitt eget liv. Situationen kan kräva snabba handlingar av akut omvårdnad både fysiskt och psykiskt. En vårdrelation inleds genom omvårdnadsarbetet och ställer sjuksköterskan inför de eventuella svårigheter som kan tänkas förekomma i detta möte. Om omvårdnaden blir försvårad till följd av otillräcklig eller felaktig kunskap bör problemet lyftas. Sjuksköterskan ska ha en holistisk syn i mötet med alla patienter, men kan den påverkas av negativa värderingar eller känslor då patienten tillfogat skadan själv? För att kunna ge bästa möjliga omvårdnad vill vi belysa vad sjuksköterskan har för upplevelser av möten och tankar om sitt omvårdnadsarbete, kring patienten som genomför ett självmordsförsök.

Studien är begränsad till sjuksköterskor som arbetar på en somatisk akutvårdsavdelning/ akutvårdsmottagning, eftersom här finns en möjlighet att personalen möter den utvalda patientgruppen. Fortsättningsvis när sjuksköterskor omnämns, menas en sjuksköterska som arbetar på somatisk akutvårdsavdelning/akutvårdsmottagning. Vikt har inte lagts vid om patienten i fråga har någon psykisk diagnos eller inte, utan studien har endast riktats till det självdestruktiva beteendet. När patienter i studien omnämns, menas en patient som genomfört ett suicidförsök och vårdas på somatisk akutvårdsavdelning/ akutvårdsmottagning.

BAKGRUND

Begrepp

Självmord eller suicid är synonymer och innebär en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden. Självmordsförsök eller suicidal handling definieras som ett livshotande eller skenbart livshotande beteende, i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden (Socialstyrelsen, 2006). Hädanefter kommer definitionen suicid och suicidal handling att användas.

Självdestruktivt beteende definieras som ett samlingsnamn på handlingar som medför skada eller risk för skada på personen själv, såsom okontrollerat drickande, att bränna sig med cigaretter, skära sig i kroppsdel eller göra ett självmordsförsök (Socialstyrelsen, 2003).

De tillstånd som inkluderas i definitionen av begreppet psykisk ohälsa ska 1) ha psykisk karaktär, 2) vara relativt vanliga, samt 3) öka risken för allvarlig sjuklighet eller död i förtid (Statens Folkhälsoinstitutet, 2007).

Statistik

År 1996 uppskattades det att cirka 20 000 suicidförsök genomfördes (Ottosson, 2000). Från 1987 (Socialstyrelsen, 2005) märks en minskning av suicidförsöken bland både kvinnor och män i åldersgruppen 25–64 år men i åldrarna 15–24 år har utvecklingen varit en annan, framför allt bland de unga kvinnorna visar andelen som vårdas för självmordsförsök en stadig ökning sedan början av 1990-talet. Självmord bland yngre anses främst bero på psykisk ohälsa (a.a.). Varje år tar cirka 1 500 människor i Sverige sitt liv (Statens Folkhälsoinstitut, 2005). Sedan 1997 har suicid bland unga ökat, särskilt bland flickor. Åsgård (1990) åskådliggör att mellan 90 och 96 procent av dem som tar sitt liv har en diagnostiserbar psykisk sjukdom. De dominerande diagnoserna är depression, personlighetsstörning, schizofreni och även missbruk/beroende framförallt av alkohol. Förgiftningar med fasta eller flytande substanser utgör ungefär 80 procent av suicidförsöken. Näst vanligast är skärningar i handleder, armar eller hals som står för 10 procent. Åsberg (1997) beskriver att det finns en ökad risk för suicidalitet om patienten har en psykiatrisk diagnos.

Suicid är vanligast i de senare tonåren och i medelåldern men det förekommer även bland äldre. Flest genomförda suicid ses i åldrarna 15-44 år. Bland män är detta den vanligaste dödsorsaken och den näst vanligaste bland kvinnor, däremot är suicidförsöken bland kvinnor avsevärt högre. Frånskilda, änklingar, ensamboende och arbetslösa är de grupper som har en högre incidens av suicid (Ottosson, 2000).

Forskning visar att neurologiska faktorer är relevanta för utvecklingen av suicidalitet. En av faktorerna är en låg koncentration av serotonin. Serotonin, ett signalämne i centrala nervsystemet som styr många psykiska funktioner vilket misstänks vara av betydelse för sårbarhet vid psykisk obalans. Patienter som gjort suicidförsök, framför allt de som använt allvarliga drastiska metoder i försöket, har lägre koncentrationer än friska människor. Suicidal handling kan till viss del vara genetiskt betingat (Åsberg, 1997).

Patienter med psykisk ohälsa

Vårdrelation

Enligt McAllister (2001) förekommer självdestruktivt beteende i en mängd variationer, vilket betyder att de olika tillvägagångssätten för att vårda kräver lika många olika variationer. Beteenden är komplexa och det innebär ofta svårigheter för vårdpersonal. Resultatet visar att sjuksköterskornas agerande mot patienter med självdestruktivt beteende tenderar att vara detsamma oavsett skada och blir därmed inte flexibelt. Sättet att hantera patienter som skadar sig själva blir därför inadekvat och ineffektivt, men det kan även bidra med oanade konsekvenser för vårdandet. Det är även stressrelaterat för sjuksköterskan när en patient inte

accepterar de oskrivna villkoren för att vilja läka och bli bättre. Typiskt för akutvården är bristen på avslut i relationen mellan sjuksköterska och patient, då vårdtiden ofta är begränsad. Känslan av att det inte finns tillräckligt med tid för att lyssna till vad patienten har att berätta om sin situation och anledningen till självskadan beskrivs försvåra detta avslut. Patel (1975) belyser att sjukvårdspersonal generellt anser att patienter med psykisk ohälsa inte är personligt tillfredsställande att behandla och vårda, de tvivlar på om patienter med psykisk ohälsa drar nytta av att de stannar på sjukhus. Vidare tycker sjuksköterskorna att suicidala patienter skall läggas in på specialist avdelningar istället för allmänna medicinska avdelningar, men att de flesta av patienterna inte blir berättigade en plats på psykiatriska sjukhus.

Känslor

McAllister (2001) refererar till Johnstone (1997) att det finns en konflikt mellan patienter och sjuksköterskornas arbete, eftersom patienten har tillfogat sig skadan själv. Ofta förekommer starka känslor som förtvivlan, hjälplöshet och ilska bland vårdpersonal inför patienternas beteende eftersom de motarbetar vårdandets syfte. Det förekommer därför att sjuksköterskans reaktion gentemot patienten blir negativ. Sjuksköterskan distanserar sig från patienten, intalar sig att patienten söker uppmärksamhet, är manipulativ eller helt enkelt inte kan hjälpas. Mavundla (2000) förklarar att patienter med psykisk ohälsa kan upplevas störa de ordinarie rutinerna på avdelningen. Rädsla över att få uppleva aggressivt beteende från patienten gör att det blir svårt att uppnå en god vårdrelation. Det finns en generell rädsla bland vårdpersonal på somatiska akutvårdsavdelningar inför att vårda psykiskt sjuka patienter. Framför allt för att det finns en saknad förståelse av patientens psykiska tillstånd och en oro över hur den kan komma att uttryckas. Rädsla över vad patienten kan göra mot sjuksköterskan eller andra patienter förekommer överdrivet ofta. Just våldsamt beteende eller bisarrt beteende är svårigheter som förknippas med patienter som har någon form av psykisk sjukdom. Sjuksköterskan känner oro inför de andra patienternas välbefinnande som vårdas på avdelningen eftersom det ibland förekommer vulgära eller hotfulla utageranden. Patienten i fråga har ofta en dubbeldiagnos, en somatisk och en psykisk diagnos, vilket genererar i känslor av att patienterna vårdas på fel avdelning. Om det finns svårigheter att förstå patientens tillstånd, blir det även svårt att notera varningssignaler eller symtom som visar att patientens psykiska tillstånd är på väg att försämrans.

Kunskap och erfarenhet

Brinn (2000) beskriver att det finns en bristande kunskap bland sjuksköterskor i att förstå behoven hos patienter med psykiska problem. Detta i sin tur genererar i att sjuksköterskan distanserar sig från och undviker patienterna. Genom att lägga fokus på patienter med endast fysiska hjälpbehov, fick sjuksköterskan mer positiv feedback om att de är kompetenta i sitt vårdande. Mer vikt efterfrågas kring en psykologisk komponent i grundutbildningen eftersom sjuksköterskor inte känner sig tillräckligt förberedda för att möta patienter med psykiska problem. De sjuksköterskor som har mer vårderfarenhet exempelvis ifrån psykiatri eller generell kunskap om psykiska sjukdomar har en mer positiv attityd gentemot patienter med psykisk ohälsa. Genom att öka denna kunskap hos sjuksköterskor kanske det även påverkar den holistiska synen inför patienterna. Även Mavundla (2000) belyser kunskap som kärnan till

att förändra sjuksköterskans perception av psykiskt sjuka patienter då resultatet visar att den dominerande attityden är negativ. McAllister (2001) menar att problemet är att frustrationen bland sjuksköterskor ökar eftersom de upplever att de saknar kunskap och bra tillvägagångssätt att vårda psykiskt sjuka patienter. Reed och Fitzgerald (2005) visar att sjuksköterskornas attityder varierar. Det finns ett tydligt samband mellan deras attityder och om sjuksköterskan anser sig ha en förmåga att utföra vården till patienterna eller inte. Trots att hälften av sjuksköterskorna i studien uttrycker negativa attityder mot patientgruppen önskar ändå majoriteten att de vill vara mer förmögna att utföra god vård till dem. I studien görs en jämförelse mellan två avdelningar, där den ena avdelningen har ett samarbete med psykiatrisjuksköterskor och här fick personalen gå vidareutbildningar medan den andra avdelningen inte fick tillgång till detta. De sjuksköterskor som fick detta stöd känner sig mer bekväma inför att vårda psykiskt sjuka patienter. De anser även att vården av psykiskt sjuka är en del i deras arbetsroll. Mest negativa känslor uttrycker de sjuksköterskor som anser att psykiskt sjuka patienter hör till någon annans område, dem undviker även oftare psykiskt sjuka patienter och förknippar mötena med rädsla.

Den suicidala patienten

Sjuksköterskans attityder

Wolk-Wasserman (1984) åskådliggör att de flesta sjuksköterskorna nästan inte har någon psykiatrisk utbildning förutom den från grundutbildningen. Majoriteten av sjuksköterskor visar sig dock inte ha något intresse av att införskaffa det heller. Sjuksköterskans möte med patienten anses komma i konflikt med de egna känslorna och den generella åsikten är att suicidförsök inte är acceptabelt. Suicid ska förebyggas genom någon form av behandling utanför deras arbetsområde. Enligt Samuelsson, Sunbring, Winell, och Åsberg (1997) är sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrin mer förstående och tillmötesgående inför att vårda suicidpatienter än sjuksköterskor inom somatiken. De negativa attityderna kan grundas i bristfällig kunskap och osäkerhet. Kunskap och förståelse behövs för att kunna ge professionell omvårdnad för denna svåra och utmanade patientgrupp, som sjuksköterskan ansvarar för att skapa en positiv hälsofrämjande miljö till. Samuelsson, Wiklander, Åsberg (2003) menar att de negativa attityderna från sjukvårdspersonalen ökar framför allt känslor av skam för patienterna. Att sjuksköterskan är medveten om patientens skamkänslor efter ett suicidförsök blir viktigt för att ge god omvårdnad och inte kränka patientens känslor ytterligare. Wilstrand, Lindgren, Gilje och Olofsson (2007) belyser att sjuksköterskor försöker stänga av sina egna känslor i mötet med patienterna genom att använda skämt och ironi för att underlätta distanseringen och inte bli för emotionellt engagerad.

Suominen, Suokas och Lönnkvist (2006) visar en jämförelse mellan två akutmottagningar och vårdpersonalens attityder, gentemot patienter som gjort suicidförsök. Även här har det ena sjukhuset tillgång till psykiatriskt konsultteam, med två psykiatrisjuksköterskor, en socialsekreterare, en psykolog och två psykiatriker direkt på akutmottagningen medan det andra sjukhuset inte har detta. Resultatet visar att det sjukhuset som har tillgång till konsultteamet, där uttrycker sjuksköterskorna mer negativa attityder mot de suicidala

patienterna. Resultatet är inte överrensstämmande med tidigare forskning som belyser stöd från specialistkompetenser. Diskussion förs om att det är teoretiskt möjligt att den professionella servicen som konsultteamet bidrar med medför att den ordinarie sjukvårdspersonalen distanserar sig från suicidpatienten.

Vårdandet

Patienter med psykisk ohälsa ökar på allmänna sjukvårdsavdelningar och sjuksköterskan ansvarsområde blir därför att se till de psykiska behoven. Trots att medvetenheten bland vårdpersonal att möta patienter har ökat, upplever många att kunskapen för att vårda dem fortfarande är bristfällig (Sharrock och Hapell, 2000). Wistrand (1983) åskådliggör att hela 90 procent av de intervjuade sjuksköterskorna upplever att patientens suicidala beteende berör dem mycket illa. Det finns en svårighet att möta unga människor som inte fått ordning på sina liv och därför inte ser en annan utväg än att ta sitt liv. Att vårda endast skadan från suicidförsöket upplevs som felaktig och otillräcklig av många sjuksköterskor och för att orka möta patienterna sätts en mur runt som avskärmar personalen från att bli berörda. Problemet med självskador är mångdimensionellt och kräver mer handledning eller utbildning. McCann, Clark, McConnachie och Harvey (2005) menar att de sjuksköterskor som har en längre arbetserfarenhet ser mer allvarligt på suicidförsök och försöker att göra mer för patienterna än de med kortare arbetserfarenhet.

Wilstrand, et al. (2007) belyser psykiatrisjuksköterskans syn på vården av suicidala patienter och uppger att även specialistsjuksköterskor upplever patientgruppen som utmanande att arbeta med. Att kunna hålla en professionell distans till patienterna anses viktig, men svår. Omvårdnadsarbetet underlättas om personalgruppen är samspelta i sitt arbetssätt och stöttar varandra inför hur patientgruppen ska vårdas. Sjuksköterskorna ser svårigheter med att vårda patientens fysiska skada utan att ge en positiv uppmärksamhet kring det självdestruktiva beteendet. Flertalet av sjuksköterskorna förklarar hur viktigt det är att få ventileras sig för sina kollegor om en svår situation inträffat. Det händer även att sjuksköterskan blir berörd på ett sådant sätt av patienten att sjukanmälan skrivs just för att det är för jobbigt att hantera situationen. Reid och Long (1993) visar vilka svårigheter som specialistsjuksköterskor i psykiatri upplever i samband med suicidal patienter. Att kommunicera med en patient som vårdas efter suicidförsök är mycket svårt. Sjuksköterskornas vidareutbildning medför att de är väl införstådda i hur viktigt det är att samtala med den suicidal patienten och skapa en relation mellan sjuksköterska och patient i terapeutiskt syfte. Flertalet förklarar att det finns stora svårigheter med att tillämpa den teoretiska kunskapen till att gälla i praktiken (a.a.).

Rutiner

I personalgruppen bör känslor ventileras oftare för att sätta ord till problem och känslor från möten med patienten. Brist på tid anses dock som ett hinder bland personalen på akutvårdsavdelningar. Även ett fungerande samarbete med psykiatriska kliniker och öppenvårdsteam efterfrågas. Handledning och mer kunskap kring suicidalproblematiken med uppföljning av patienter påpekas av Wistrand (1983). Efter utskrivningen från psykiatrisk vård är risken förhöjd att patienten åter ska göra ett suicidförsök. Patienter som vårdas på en

somatisk akutmottagning efter ett suicidförsök ska bedömas av en psykiatrisk specialistläkare innan de lämnar sjukvårdsinrättningen. I den akuta omvårdnaden oavsett var vården bedrivs är det viktigt att skapa en god relation och trygghet till patienten. Därför anses det olämpligt att lämna patienten ensam innan en kvalificerad bedömning av suicidrisken har gjorts (Socialstyrelsen, 2003). McCann et. al. (2005) visar att över 20 procent av akutsjuksköterskorna uppger att det är oklart om det finns riktlinjer för vård av suicidpatienter eller inte. Över 33 procent av dem som visste att det finns nedskrivna riktlinjer om hur vården av en suicidal patient ska utföras, har inte tagit del av dem. Wolk-Wasserman (1984) förklarar att de flesta patienterna har en känsla av lättnad över att de har överlevt men även skuldskänslor av rädsla, ångest och ilska. Flertalet av patienterna känner ångest över sin situation och är klivna över om de verkligen vill fortsätta leva eller om de vill dö. Patienterna upplever det obehagligt och främmande när vårdpersonal följer dem överallt utan att förklara varför. Wistrand (1983) menar att samtalskontakt sällan förekommer och att personalen upplevs som stressad. Då sjuksköterskorna inte tar sig tid att tala med patienten om suicidhändelsen beskriver ett flertal av patienterna att de bagatelliserar orsaken till suicidförsöket under sjukhusvistelsen. Patienterna beskriver känslor av att ta plats, vara i vägen och dem önskar snarast möjligt att få återvända hem. Personalen ses som vänlig men mindervärdeskänslor och skam dominerar genom vårdtiden. När patienten väl är hemma igen infinner sig oron och ångesten åter (a.a.).

De flesta av dem som tar sitt liv har tidigare varit i kontakt med sjukvården, oftast med den psykiatriska vården, med allmänläkare och även kontakt med socialtjänsten. Kontakterna innebär att det finnas en möjlighet att förebygga den katastrof som suicid innebär. Många av de patienter som gör ett suicidförsök kommer i kontakt med sjukvården i anslutning till försöket. Eftersom ett suicidförsök är en av de absolut starkaste riskfaktorerna för suicid, innebär kontakten med sjukvården en möjlighet att förebygga suicid genom att ge en hög kvalitet på vården i det akuta omhändertagandet (Socialstyrelsen 2003).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Enligt Eriksson (1988) är människan hälsa, det finns ingen som kan ge hälsa åt någon annan, men däremot kan människan stödjas till att vara hälsa. Hälsa är inte ett statiskt tillstånd utan en rörelse där ett flertal faktorer samspelar. En levande människa ska ha livsvilja, hopp, önskningar, fantasi, tankar, känslor, tro och drömmar, samt vilja vara med och skapa sitt eget liv. Hälsa och välbefinnande innebär helhet och integration av kropp, själ och ande. Människan har ett fysiskt/kroppsligt tillstånd, ett själsligt såväl som ett andligt. En vårdprocess har avsikten att stödja patientens väg till hälsa och innefattar kartläggning, planering, förverkligande och utvärdering. Den vårdande handlingen skall avsiktligt åstadkomma en förändring i patientens väg mot hälsa. Omvårdnad innebär att åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredställelse, kroppsligt och andligt välbefinnande samt en känsla av att vara i utveckling för att förändra, upprätthålla, igångsätta eller stödja hälsoprocesserna. Oberoende om det gäller att tillgodose människans mest grundläggande behov är omvårdnad både en vetenskap och en praktisk verksamhet som skapas av professionella vårdare. Det centrala är objektiv vård, individuell vård, en vård som befrämjar individens självständighet samt principen om trygghet. Humanistisk vård grundar sig på respekt och vördnad inför den unika människan.

Individuell vård innebär därmed att vården ska utgå från varje enskild människas unika särdrag. Till det humanistiska synsättet på vårdrelation ingår även att våga möta den människa som lider, att våga ge något av sig själv (a.a.).

Problemformulering

Suicidförsöken i Sverige ger en hög belastning på sjuksköterskor inom somatisk akutsjukvård då psykiatrin inte har resurser att möta detta vårdbehov. Sjuksköterskan behöver därför kunskap för att vårda suicidala patienter i sin akuta fysiska fas, men även kunskap för att vårda dem i den akuta psykiska fasen. Forskning som ser till den somatiska sjuksköterskans omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling är begränsad. Detta eftersom största delen av forskningen ser till psykiatrisjuksköterskors omvårdnad och därmed inne på specialistavdelningar. Problemet genererar i att det finns en risk för att omvårdnaden av patienten blir lidande. Därför är det viktigt att belysa sjuksköterskans omvårdnadsarbete av den suicidala patienten, samt beskriva om det förekommer svårigheter i mötet med patientgruppen för att kunna göra vården bättre.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling och vårdas på somatisk akutvårdsavdelning/akutmottagning.

Frågeställningar

Hur upplever sjuksköterskan det att vårda en patient som utfört suicidal handling?

Vilka svårigheter finns i samband med omvårdnaden av patientgruppen?

Vilka känslor och tankar upplever sjuksköterskan i mötet med den suicidala patienten?

METOD

Ansats

För att belysa sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad valdes en kvalitativ ansats med kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod. Enligt Polit och Beck (2004) är face-to-face intervjun den mest använda av intervjuformer, där den som intervjuar möter respondenten och ställer frågor. Intervjuaren inhämtar en god kvalitet av information om den intervjuades erfarenheter och värld (a.a.).

Dahlberg (1997) förklarar att i en kvalitativ studie kan fenomenet som studeras klarläggas som det upplevs av de berörda. I hälso- och sjukvården finns ett samspel mellan patient och den som vårdas vilket innefattar företeelser som är svåra att mäta. Genom en intervju kan dessa

företeelser belysas, analyseras och beskrivas (a.a.). Eftersom syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling och vårdas på somatisk akutvårdsavdelning/mottagning, var det relevant att göra en studie av denna karaktär.

Kvale (1997) beskriver den kvalitativa forskningsintervjun som ämnesorienterad där två personer talar om ett ämne som är av intresse för dem båda. Den som intervjuas försöker beskriva precis hur det studerade ämnet upplevs, känns och hur det hanteras. Den intervjuades uttalanden är ibland mångtydiga och det blir intervjuarens uppgift att försöka klargöra mångtydigheten. En väl genomförd kvalitativ studie kan vara en berikande upplevelse för den intervjuade och för den som gör intervjun (a.a.).

Urval

De personer som var aktuella för studien var sjuksköterskor som arbetade med akutsjukvård. Avdelningarna valdes efter dess akuta orientering och sjuksköterskor som arbetade där ansågs ha stor sannolikhet att möta patienter som utfört suicidal handling. Valet av avdelningar var aktivt och kriterierna för att delta i studien var en arbetserfarenhet på mer än ett år på avdelningen/mottagningen. Studien vände sig till både kvinnliga som manliga sjuksköterskor. För att få tillstånd till genomförande av intervjuerna kontaktades respektive vårdenhetschef, där en kort presentation av studien gjordes per telefon. Vid intresse skickades ett e-mail till vårdenhetschefen för kriterier för deltagande, hur lång tid intervjuerna beräknades ta samt hur många sjuksköterskor vi önskade intervjua. I e-målet medföljde även en mer utförlig presentation av studien samt etiska ställningstaganden om valfrihet att delta och konfidentiell hantering av data (bilaga 1). Förfrågan om deltagande i studien gick via vårdenhetschefen ut till sjuksköterskorna. Ytterligare en kontakt med vårdenhetschefen gjordes där vi erhöll information om person, tid och plats för intervjuerna.

I studien medverkade tio sjuksköterskor och medelvärdet för sjuksköterskornas arbetserfarenhet inom akutsjukvård var åtta år. Endast en sjuksköterska som medverkade i studien hade en arbetserfarenhet på mindre än två år. Tre stycken av sjuksköterskorna hade en specialistutbildning. Där en hade vidareutbildning i akutsjukvård och två hade vidareutbildning i intensivvård. Innan intervjun inleddes lämnades ett informationsblad om studiens syfte ut, samt en förfrågan till att medverka i studien till respondenten (bilaga 2).

Datinsamling

Datinsamlingen gjordes genom kvalitativa ostrukturerade intervjuer. Intervjun inleddes med en öppen fråga. ”Hur upplever du det att vårda en patient som inkommer för självmordsförsök till din avdelning?”. Respondenten pratade fritt men stöttades med hjälp av uppföljningsfrågor i relation till huvudfrågan. Genom uppföljningsfrågan uppmuntrades den intervjuade att fortsätta sin beskrivning av upplevelsen. Enligt Polit och Beck (2004) behöver ibland respondenten guidas genom uppföljningsfrågor (Exempelvis: Kan du utveckla det här eller

Varför känner du så (tror du?). I genomförandet av ostrukturerade intervjuer är det viktigt att låta respondenten berätta sin historia i lugn och ro utan att bli avbruten (a.a.)

Intervjuerna genomfördes under en tre veckors period. Intervjuerna genomfördes på arbetstid i ett ostört rum på respektive avdelningen/mottagning. Intervjuerna tog mellan sex till sexton minuter, de spelades in på bandspelare och har sedan transkriberats och analyserats.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades till text på data och skrevs sedan ut i pappersform i dubbla exemplar. Samtliga intervjuer lästes enskilt för att se en helhet och för att finna essensen i data och för att se vad som hörde ihop och vad som beskrev samma teman. Därefter arbetade författarna tillsammans och fortsatte analysen. Jämförelser gjordes och för att sedan dela in materialet i teman användes post-it lappar och understrykningspennor i varierande färger för att lättare få en överblick och åskådliggöra vad som hörde ihop. Resultat presenterades i teman och tydliggjordes med citat från respondenterna i löpande text. Evans (2003) kvalitativa analysmetod innefattar fem steg och beskrivs som en rörelse från helhet till delar och sedan till en ny helhet. Delarna upptäcks när data sönderdelas i avsikt att finna aspekter som har betydelse för syftet. Den nya helheten formas av de funna aspekterna som förenas och beskrivs som resultat. Det utskrivna datamaterialet läses flera gånger som en helhet för att få en känsla av vad det handlar om och för att få en första förståelse av dess innehåll. Nyckelfynd identifieras när data delas in i mindre delar och domineras av analysering. Meningen är att få en fördjupad förståelse och ta ställning till vad som mest framträder i relation till den egna forskningsfrågan. Ett försök att finna likheter, skillnader och att identifiera teman görs för att skapa nya övergripande teman. Forskaren läser sina gruppindelningar för att försöka förstå vad de egentligen handlar om och innebörden i teman kan lyftas med citat från respondenterna. En viktig kvalitetsindikator är just hur den nya helheten skapas. Resultat struktureras utifrån de teman eller kategorier som formuleras under analysen (a.a.).

Etiska aspekter

Inför studien följdes Helsingforsdeklarationen för att ta hänsyn till de etiska aspekterna om forskning som omfattar människor, för att visa respekt och skydda deltagarens integritet.

Informationen om studiens syfte ska vara väl beskriven, ifall det förekommer några risker om obehag ska information ges om detta. Deltagaren ska veta om sin rätt att avstå från att delta eller avbryta sin medverkan när som helst utan att bli frågad om varför. Forskaren måste försäkra sig om att deltagaren förstår den givna informationen och därefter få ett samtycke till ett frivilligt deltagande (World Medical Association, 2002). Data hanterades konfidentiellt och endast författarna och handledaren tog del av materialet. Efter att respondenten fått information med hänsyn till Helsingforsdeklarationen, fick författarna ett muntligt godkännande av respondenten om viljan att medverka i studien.

RESULTAT

Efter genomgång, bearbetning och analys av rådata identifierades fyra teman; svårigheter med omvårdnaden, känslor i mötet med patienten, samarbete med psykiatrin och resurser. Framtagna fyra teman beskrivs och förstärks av förtydligande citat i löpande text.

Svårigheter i omvårdnaden

Sjuksköterskorna upplever att patientgruppen medför svårigheter i att utföra omvårdnad. Flertalet uttrycker att omvårdnaden av patientgruppen är utmanande och speciell, vilket sätter sjuksköterskans kompetens på provning. Problemen bottnar främst i osäkerhet inför bemötandet och hur de skall kommunicera med patienten. Även på vilket sätt sjuksköterskan skall förhålla sig till patienten upplevs som svårt. Vissa sjuksköterskor beskriver att osäkerheten inför en suicidal patient grundas i att de saknar specifik kunskap på detta område eftersom de upplever den här patientgruppen som annorlunda.

Kommunikation med patienten domineras av osäkerhet eftersom det krävs oerhörd flexibilitet från sjuksköterskan. Sjuksköterskorna menar att deras arbetserfarenhet gör dem säkrare, men att det fortfarande är en utmanande patientgrupp att försöka samtala med. Det förekommer en rädsla över att säga fel saker till patienten vilken grundas i en osäkerhet över om patienten verkligen vill prata med sjuksköterskan eller inte. Framförallt förklarar sjuksköterskorna oron över att uttrycka sig felaktigt och då medföra ytterligare skada till patienten. Patienterna uppfattas som svåra att nå fram till, vilket leder till att sjuksköterskan tar ett steg tillbaka och blir mindre frågvis, eftersom för många frågor uppfattas som stötande. Det är viktigt att försöka känna av situationen i sin helhet för att inte pressa patienten till samtal. Att inleda ett samtal med patienten upplevs som ångestladdat för sjuksköterskorna.

”Man kan vara lite rädd för att säga fel saker man vet inte om de vill prata eller inte, det är lite ångestladdat att ha en person som har försökt ta livet av sig”

Då patienten vårdas för ett suicidförsök medför det en känsloladdad situation men sjuksköterskan måste ta initiativ till att gå in och bemöta patienten på ett professionellt vis. Hur bemötandet ska äga rum är det som beskrivs som allra svårast eftersom ett värdigt bemötande är mycket viktigt. Sjuksköterskorna berättar att de känner en viss osäkerhet inför patientgruppen eftersom patienten kanske inte alls vill ta emot deras vård. Många gånger finns inte mycket bakgrundsfakta på patienten och sjuksköterskan vet inte riktigt vad som har hänt patienten. Att vara oviss om patientens situation gör bemötandet svårare. Eftersom anhöriga är förtvivlade, ledsna och i chock läggs mycket ansvar på sjuksköterskan när även de ställer frågor som är svåra att besvara. Hela situationen upplevs försvåra det professionella bemötandet av patienten. Om sjuksköterskan gör egna värderingar om patientens suicidhandling blir det svårare att skapa en god vårdrelation. Är suicidförsöket ett rop på hjälp, var det en ångesthandling eller vill patienten verkligen ta sitt liv är frågor som förekommer. Vissa patienters handling uppfattas som ett rop på hjälp och de söker sjuksköterskans uppmärksamhet, medan andra patienter sluter sig från omvärlden. Att värdera situationen och

ta ställning till patientens suicidförsök gör att sjuksköterskans egna värderingar hämmar den vårdande relationen. Om sjuksköterskan tror att patienten är ångestfylld över försöket eller om det finns risk för ett nytt suicidförsök, kan omvårdnadsarbetet försvåras eftersom det påverkar vårdrelationen.

”Det är svårt, att ibland når man de inte, de har skärmat av sig de vill inte ha någon hjälp, de vill inte ha någon kontakt. Det finns de som sträcker ut, som absolut nästan slukar dig, som absolut vill ha hjälp, det är svårt”

Det är svårt att bedöma om patienten vill ha kontakt eller inte, det finns därför en risk att sjuksköterskan bedömer fel och vårdrelationen blir lidande. Patienter som gärna visar skadorna från suicidförsöket för sjuksköterskan uppfattas som uppmärksamhetssökande. Vårdrelation försvåras eftersom sjuksköterskan måste upprätthålla en god kontakt med patienten utan att det självskadande beteendet uppmärksammas på ett sätt som patienten uppfattar som positivt. Sjuksköterskorna beskriver att erfarenhet hjälper dem att inte reagerar lika starkt och heller inte lägga någon vikt vid patientens självskadande beteendet.

Känslor i mötet med patienten

Samtliga sjuksköterskor har många tankar om patientgruppen och de är berörda på olika plan. Sjuksköterskorna beskriver att möten med patienterna ibland försätter dem i svåra känslomässiga situationer.

Respondenterna uttrycker att det är tragiskt med suicidförsök, att det inte finns någon annan utväg för patienten än att ta sitt liv. Att möta och försöka vårda en patient som har försökt ta sitt liv är en väldig prövning som människa menar sjuksköterskorna. Situationen är mycket påfrestande och sjuksköterskorna blir oerhört berörda av att patienten mår så dåligt. Flertalet av patientfallen bär på tragiska livssituationer och mötet med dem blir mycket känsloladdat.

”De som verkligen har gjort allvarliga försök med kanske avskedsbrev och sånt visst det är otroliga tragiska fall och man blir påverkad, rörd av patienten att de verkligen mår så dåligt, visst det är känsloladdat och då är det jobbigt”

Då sjuksköterskor förknippar mötet med patienterna som mycket känslösamt och påfrestande, uttrycker de samtidigt en önskan över att kunna göra mer för patientgruppen. Vid de tillfällen som anhöriga är med beskriver sjuksköterskorna att det bidrar med ytterligare känslomässigt engagemang för patienten. Att ge rätt och adekvat hjälp till patientgruppen beskrivs vara komplicerat inom den somatiska akutsjukvården då det kan vara ovisst om patienten får fortsatt vård i psykiatri.

”De kräver mycket av oss känslomässigt och det är mycket anhöriga som är förtvivlade över situationen och barn kan det också vara”

Ibland är det en frustrerad situation för sjuksköterskorna då mycket resurser läggs ner och patienten vill inte alltid samarbeta, vilket är tidskrävande. I de situationer då patienten inte är

villiga att säga vad de har tagit för läkemedel måste de spåra substanserna med intoxikationsprover. Sjuksköterskorna beskriver att många gånger är det illegala substanser, patienten är minderårig och då blir följderna omfattande. Ibland säger patienten att de tagit ett visst preparat och i en viss mängd, men sjuksköterskan vet att det patienten säger inte stämmer överens med den aktuella symtombilden. Sjuksköterskorna blir frustrerade när det läggs ner mycket energi och resurser på patientgruppen och de upplever att andra patienter får stå tillbaka. Respondenterna framför att många problem inför vårdandet av patienterna grundas i lagstiftningen om tvångsvård och frivillig vård. Det går inte att tvinga patienten till vård om det inte föreligger en risk för att patienten skadar sig själv igen.

”Det är en frivillig vård, tar du en massa tabletter och sen säger att, jag vill inte ha vård och du är inte vårdintygmässig då kan vi ju inte tvinga på dig vård. Även om du kanske skulle behöva det. Frustration kan jag tycka”

Samarbete med psykiatrin

Flertalet sjuksköterskor tycker att samarbetet med psykiatrin skulle kunna förbättras. De upplever att vården är inrutad, det vill säga dåligt samarbete mellan somatiken och psykiatrin. Omvårdnadsarbetet underlättas om mer psykiatrisk kompetens finns tillgänglig dygnet runt. Sjuksköterskorna efterfrågar mer psykiatriutbildning och mer samarbete mellan somatiken och psykiatrin.

Organisationsproblem förekommer i transport av patienten från somatisk avdelning till psykiatrisk. Vid vårdintyg, det vill säga vid frihetsberövande, är det endast polisen som har befogenhet att transportera patienten till vidare vård. Enligt sjuksköterskorna förekommer situationer där det öppet diskuterats om vem som har befogenheter och resurser att ta ansvar till transporten.

”Det är transporten dit som också är en vårdande grej egentligen, som är ett jättestor problem speciellt då de är riktigt suicidala för då är det polistransport mellan enheterna och det kan va ett ganska stort inslag med för patienten och som har gjort såna saker och behöva bli frihetsberövad på ett sätt av polis under transporten så det är ett problem. Det är ett problem vem som ska köra patienten det smidigaste vore att man på ett smidigt sätt bara kan förflytta dem precis som man förflyttar en hjärtsvikts patient till psykiatrin”

Det förekommer även svårigheter med patienten vid transport då vårdintyg inte föreligger och rutinerna beskrivs som otydliga. Bättre samarbete med psykiatrin för att sjuksköterskan ska kunna vara införstådd i patientens eventuellt kommande vård för att påbörja förberedelser av patienten. Smidigare förflyttningar för patienten mellan enheterna samt etablera en tidig kontakt med psykiatriker redan under somatikens akutvård efterfrågas. Sjuksköterskorna beskriver situationen som påfrestande eftersom de anser att patienten inte bör behöva vara ensam och de ser att patienterna ofta mår dåligt av att behandlas på detta vis.

”Sätta dem i en taxi om man bedömer att de inte är rymningsbenägna, eller att de inte behöver ett vårdintyg, det tycker jag alltid känns lite olustigt, släppa iväg de för det är så i

akutfasen. Vi som personal har ingen möjlighet att följa med och det kan jag tycka är olustigt, det känns som de skulle behöva en hjälpare hand. Det kan bli lite tjabb sådär, diskussioner ibland och då kan jag uppleva att patienten kommer i kläm och jag hoppas ju verkligen att de inte hör det, men ibland vet jag att de har gjort det och det känns ju skit. Det är skittråkigt för de ska inte behöva känna, för de känner sig redan utsatta när de är här och det ska inte behöva bli diskussioner”

Eftersom många sjuksköterskor upplever att det finns brister inom psykiatri, blir det svårt för dem att tala till psykiatrins fördelar. Sjuksköterskorna inom somatiken är inte insatta i hur psykiatrin arbetar men de skall ändå erbjuda patienten den fortsatta vården. När samma patient kommer in igen, för ett nytt suicidförsök beskriver sjuksköterskorna att de inte förstår hur det är möjligt. Frågorna är många om hur det kan förekomma att patienterna inte får vård för sin psykiska ohälsa. Problemet tilltar när patienten framför negativa synpunkter eller erfarenheter till sjuksköterskan om psykiatrisjukvården.

”Vi har patienter som har vart här som kommer tillbaka som redan har haft kontakt med psykiatrin, då är det ofta så att de bara, ja visst jag kan träffa en psykolog men varför då liksom det känns ju helt meningslöst det är bara skit jag har vart där förut jag får ingen hjälp. Vad ska man säga då?”

Flertalet av sjuksköterskorna uttrycker negativa känslor i samband med psykiatrisjukvården. Många förklarar att deras erfarenhet är att patienterna inte får tillräcklig hjälp från psykiatrin, eftersom patienter återkommer. Diskussion förs kring eventuella brister i lagstiftningen om tvångs- och frivillig vård och flertalet sjuksköterskor menar att psykiatrisjukvården borde få utökade rättigheter i att tvinga patienten till att ta emot deras vård.

”Det man tycker är tråkigt är de här som återkommer. När de till och med vet vilken mat vi har i frysen liksom och så. Då har man varit här för många gånger”

Sjuksköterskorna säger att samhället borde ta mer ansvar för patientgruppen men även för hela den psykiska ohälsan som förekommer idag. Samhället klarar inte att ta hand om de patienter som inte är tillräckligt sjuka för att få vårdintyg och därmed bli tvångsvårdad, men de är sjuka för att söka sig till vården själva. Sjuksköterskorna beskriver att patienterna tyvärr hamnar mitt i mellan och att vissa av dem blir vårdade för suicidförsök i den somatiska akutsjukvården en kort stund för att sen åka hem och må dåligt utan fortsatt hjälp från psykiatrin.

Resurser

Sjuksköterskorna anser att deras medicinska omvårdnad med övervak, livsuppehållande åtgärder och andra medicinska kontroller fungerar bra för det finns goda resurser och rutiner det här. Bristerna finns i att erbjuda patienten omvårdnad som ser till deras psykiska ohälsa.

Den somatiska sjuksköterskan ansvarar för att få patienten tillbaka till normalstatus. Om patienten har tagit läkemedel som till exempel ger arytmier behövs övervak, detta görs även

om det finns risk för att patienten fortfarande är suicidal. När patienten är medicinskt stabiliserad finns det en brist i det psykiska omhändertagandet av patienten. Då sjuksköterskorna beskriver att de inte har kunskap och tillvägagångssätt för att bemöta det psykiska vårdbehovet, blir patienten nedprioriterad.

”Är det patienter som är relativt vakna och bara trötta, de blir liggande här tyvärr, ska jag va ärlig blir de nog nedprioriterade det är alltid andra som pockar på uppmärksamheten mer eller är högprioriterade”

Det är delade meningar om det finns PM eller riktlinjer för vård av suicidala patienter. Vissa sjuksköterskor menar att det inte går att arbeta efter PM då patientsituationen ofta kräver flexibilitet. Variationer av svar finns inom arbetsgrupperna. Några sjuksköterskor sa att det finns PM eller riktlinjer för patientgruppen, några visste inte om det fanns alls, medan andra var säkra på att det inte finns PM överhuvudtaget. Men sjuksköterskorna förklarar att rutinen alltid är att det kopplas in en psykiatrisk kontakt för suicidriskbedömning innan patienten får åka hem.

Otillgängligheten av psykiatriker belyses som ett problem, då den bedrivs som konsultverksamhet, alltså endast dagtid och inga helger. Övrig arbetstid, förklarar sjuksköterskorna är den tid på dygnet då de får in flest patienter som gjort ett suicidförsök. Den konsultverksamhet som finns är tillfredsställande men det behövs mer. Sjuksköterskorna menar att omvårdnaden av patienten skulle underlättas om det finns en psykiatriker tillgänglig även jourtid för konsultation. Flertalet respondenter upplever att det finns behov för mer stöd av specialistkompetens, både för sjuksköterskorna som för patienterna. Det tas alltid en kontakt med psykiatriker för en bedömning av patienten av en psykiatriker vid suicidförsök. Även om en bedömning av en psykiatriker alltid görs på de här patienterna, förklarar sjuksköterskor att då konsultbesöken är begränsade till specifika dagar kan det leda till att patientens problem inte blir tillgodosedda med en gång. Det bör finnas mer tillgänglighet av personal med psykiatrisk kompetens som kan tillgodose de behov som finns när patienten väl vill börja prata. Sjuksköterskorna beskriver att den hjälp som de idag kan erbjuda är otillräcklig.

”Generellt ser man jättemånga som mår dåligt och har en psykisk sviktande hälsa idag bland unga och gamla och de söker hjälp och inte får den i den utsträckning de behöver. Vi skulle vilja hjälpa dem... att kunna koppla en kurator eller psykiatriker kontakt och ha det här, lättillgängligt, det skulle finnas på kvällen och nattetid och helger det är då de här patienterna kommer”

Flera sjuksköterskor belyser att de inte har någon utbildning om vård av psykiskt sjuka människor och de uttrycker ett behov av mer kunskap. Det behövs mer psykologisk grundkunskap för att vårda patienterna, eftersom sjuksköterskorna upplever att patientgruppen skiljer sig ifrån övriga patientgrupper. Mer informationsutbyte från psykiatriker för att patientens vårdprocess skall bli så smidig som möjligt och för att sjuksköterskan ska kunna besvara patientens frågor kring den psykiska hälsan. Då flertalet sjuksköterskor uppskattar att de möter patienterna cirka en gång i veckan uttrycker de ett stort behov av mer kunskap men

även mer vidareutbildad personal inom psykiatrin. Mer kunskap kan bidra med att ge bättre omvårdnad, ökad förståelse för hur patientgruppen skall bemötas samt öka den egna tryggheten i att kommunicera med patienterna.

”Ah, det är mer utbildning. Psykiatriutbildning så man vet hur man ska bemöta en patient som har sådana här allvarliga tankar. Och sen att man liksom vet vad man ska säga så att, för att underlätta innan de kommer iväg till en riktig psyisksköterska, så man inte säger helt fel saker”

Orsakerna till att det finns behov av mer kunskap grundas i att det är svårt att vårda patientgruppen. Sjuksköterskorna beskriver att det skiljer sig från vad de har läst i utbildningen om sjukvård och sjukdomar eftersom omvårdnaden av patientgruppen även måste se till ett psykologiskt plan. Kunskap som önskas är bland annat om när sjuksköterskan kan närma sig patienten, när konfrontation av patienten kan göras för att få information om suicidförsöket. Även kunskap om när det är en fördel att bara sitta tyst och vara i patientens närvaro och hur kan förändringar i patientens psykiska status uttryckas sig. Det är även viktigt att vårdpersonal har kunskap och förståelse över att det finns en bakgrund till suicidhandlingen för att inte bara fokusera på handlingen och förbise patientens egentliga problematik.

”Och absolut att man förstår dem och inte bara tar det liksom att åh nu kommer det in en intox igen utan det ligger ju någonting bakom detta”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av omvårdnaden av en patient som utfört en suicidal handling och vårdas på somatisk akutvårdsavdelning/akutmottagning. Tio sjuksköterskor, både män och kvinnor som arbetade med somatisk akutsjukvård intervjuades. En kvantitativ studie ansågs vara olämplig för att ge svar till studiens syfte. Kvale (1997) förklarar att för att höja validiteten skall valet av metod syfta till att undersöka det den avser att undersöka för att på detta vis försäkra sig om sanning och kunskap. Det är viktigt att fundera över om det studerade fenomenet visas och klarläggs som det verkligen är (a.a.). En kvalitativ ansats ansågs bäst belysa sjuksköterskans upplevelser och forskningsintervjun valdes på grund av sin lämplighet för att samla in data. Datainsamlingen skulle även kunna bestå av berättelser, där sjuksköterskorna i lugn och ro kunde skriva ner sina upplevelser. Valet av analysmetod gjordes för att stegen av analysen var väl beskrivna och ger en god förståelse i hur kvalitativ insamling av data kan bearbetas och presenteras. Transkribering och analys av data var det som varit mest tidskrävande i studiens genomförande. Det har krävts arbete för att få en konkret presentation av studiens resultat och för att minimera förvrängning, tolkningsfel eller presentation av missvisande data. Evans (2003) belyser att det är viktigt att under analysen fundera på om materialet kan beskrivas på annat sätt och vikten av att hela tiden hålla syftet i minnet för att inte hamna på sidospår (a.a.).

Valet att genomföra intervjuer med sjuksköterskor på både mottagning och avdelning gjordes för att få en mer övergripande insikt i sjuksköterskas upplevelser av patientgruppen. Om studien genomfördes på andra mottagningar eller avdelningar kunde det medföra en risk att sjuksköterskorna där inte möter patientgruppen, samt att akutsjukvård inte bedrivs där. För att delta i studien krävdes en yrkeserfarenhet på minst ett år av akutsjukvård på respektive arbetsplats. Kravet för medverkan grundades i att sjuksköterskan skulle ha en viss erfarenhet av att möta patienter som genomfört suicidal handling för att kunna svara till intervjun.

Intervjuerna genomfördes i avskilda rum med lugn miljö. Designen för intervjuens följdfrågor kunde ha gjorts med mer djupgående och förskrivna följdfrågor för att skapa en tydligare struktur. Risken var dock att de skulle bli allt för styrande och gett missvisande svar. Kanske var intervjuernas längd i kortaste laget, mellan sex till sexton minuter, för att benämnas som öppen ostrukturerad intervjuform, men de var ändå innehållsrika och givande i relation till studiens syfte. Några intervjuer gjordes på förmiddagen och några på eftermiddagen beroende på när det passade respektive sjuksköterska. Sjuksköterskornas engagemang i intervjun kan ha påverkats av stress, hård arbetsbelastning eller om intervjun gjordes i slutet av ett arbetspass och sjuksköterskan snart skulle gå hem för dagen.

Intervjufrågan konstruerades på ett sådant vis för att lämpligt svara till studiens syfte. Uppföljningsfrågor formulerades på ett sätt för att få en fördjupad information i relation till huvudfrågan. Beroende på informanternas svar till huvudfrågan var uppföljningsfrågorna inte likadana. Eftersom ansatsen var en öppen ostrukturerad intervju har ett samtal förts mellan intervjuare och respondent för att få utförliga svar och skapa en avslappnad miljö. Det svåraste under intervjun var att inte hamna för långt ifrån huvudfrågan utan att påverka svaret. Kvale (1997) beskriver att ledande frågor är det som gett intervjustudier kritik eftersom de kan bidra till snedvridningar. Formuleringen av frågorna kan oavsiktligt forma svarets innehåll. Ledande frågor kan dock även vara nödvändigt för sitt sammanhang då de kan bidra med att information som intervjuaren misstänker undanhålls kommer fram.

Resultatdiskussion

De fyra tidigare redovisade teman svårigheter i omvårdnaden, känslor i mötet med patienten, samarbete med psykiatrin och resurser följer här i diskussion.

Resultat från studien visar att sjuksköterskor upplever svårigheter i samband med omvårdnaden av en patient som gjort ett suicidförsök. Kommunikation och bemötande är det som flertalet av respondenterna upplever som svårast, men även att skapa en vårdrelation är ett problem enligt sjuksköterskorna. Här finns en brist på specifik omvårdnadskunskap, eftersom de upplever att patienterna tillhör en specifik patientgrupp, vilket leder till begränsningar i sjuksköterskans utförande av omvårdnaden. Reid och Long (1993) belyser att även psykiatrisjuksköterskan upplever problem i att kommunicera med den suicidala patienten vilket är överrensstämmande med föreliggande studies resultat. Mer kunskap i vad patienten önskar från sjuksköterskan och när och hur kommunikation skall inledas och hur den kan upprätthållas önskas (a.a.). Om specialistsjuksköterskor upplever kommunikationen som en utmaning finns förståelse för att även allmänsjuksköterskan kan uppleva detta.

Flertalet sjuksköterskor upplever att det är relativt vanligt att de möter patienter med suicidalt beteende, som behöver deras akuta vård. Största delen av respondenterna redogör att de möter en patient cirka en gång i veckan. Trots att sjuksköterskorna möter patienterna ofta visar resultatet att det finns en osäkerhet inför bemötandet av patienten, hur kommunikation skall ske på bästa sätt och att det finns svårigheter att etablera en vårdrelation. Det förekommer en osäkerhet över att säga fel saker till patienten, som då kan kränka patientens känslor ytterligare. Det efterfrågas mer kunskap om när det är dags att ge information och påbörja ett samtal med patienten samt om när individen är mottaglig för kontakt. Sjuksköterskorna efterfrågar mer föreläsningar för att styrka deras kompetens i bemötandet av patientgruppen, för att kunna skapa fler tillvägagångssätt och mer trygghet, exempelvis genom handledning från specialistkompetenser. Varför upplevs det som svårare att bemöta och kommunicera med dessa patienter? Skall inte alla patienter bemötas på samma respektfulla sätt, skall inte kommunikationen syfta till att stötta, informera och vägleda patienterna och omvårdnaden utgå ifrån holistisk syn? Det är viktigt att känna sig trygg i sin kompetens för att ge god omvårdnad, men resultat visar att mycket av det som beskrivs som svårt med patientgruppen bottnar i grunderna för omvårdnadens utförande. Diskussion har förts om brist på kunskap verkligen är problemet. Kan det vara fördomar, negativa attityder eller rädsla för att bli berörd som omedvetet styr sjuksköterskan att ta ett steg tillbaka från patienten? Tidigare forskning (Brinn, 2000; McAllister, 2001; Sharrock och Hapell, 2000; Wistrand, 1983) har länge efterfrågat mer psykiatriutbildning, eller mer psykologi för att sjuksköterskor ska kunna ge patienterna bättre vård (a.a.). Eftersom statistik visar att den psykiska ohälsan i Sverige ökar bör det vara aktuellt att se över allmännsjuksköterskans utbildning. Att lägga en obligatorisk verksamhetsförlagd studie inom psykiatri skulle vara ett alternativ.

Tidigare forskning (Mavundla; 2000, Patel, 1975; Reed och Fitzgerald, 2005) om patienter med psykisk ohälsa belyser att de flesta sjuksköterskor ofta hade negativa attityder gentemot patientgruppen. Negativa känslor som att patienterna stör på avdelningen och kan vara hotfulla med mera. Föreliggande studies resultat är begränsat till ett mindre antal respondenter, kanske hade resultatet varit annorlunda om studien varit bredare, för resultatet redogör inte sådana negativa attityder. Kanske beror det på att den suicidala patienten inte i samma utsträckning förknippas med psykisk sjukdom, utan mer med tragik och social problematik och därför berör sjuksköterskan på ett annat sätt. Ingen av sjuksköterskorna har uttryckt något nedsättande om patientgruppen, bara att de kräver mycket tid och resurser relaterat till att de inte får rätt vård. Flertalet av respondenterna belyser sitt känslomässiga engagemang för patienterna. Starkast känslor förknippas med de unga patienterna och respondenterna menar att det ofta är flickor under tjugo år som vårdas för suicidal handling. Wistrand (1983) förde diskussion om detta redan för tjugo år sedan och menar att sjuksköterskorna är mycket berörda av patientgruppen och det destruktiva beteendet.

Det som alla medverkande respondenter efterfrågar är ett bättre samarbete med psykiatri, psykiatriska konsulter och en mer tillgänglighet till psykiatriker för handledning i vårdandet av patienten. Eftersom sekretessen inom psykiatri medför att sjuksköterskorna inom somatiken inte får någon information om patientens psykiska status, blir den kommande omvårdnaden försvårad när den akuta fasen är över. Informanterna upplever att deras resurser på avdelningen är tillräckliga i det akuta skedet men när patienterna vaknar upp så blir de

nedprioriterade på grund av att det är andra patienter som behöver deras hjälp mer. Detta blir en brist eftersom då den somatiska akutfasen är avklarad bör den psykiska akutfasen ses över. Patienterna får ofta inte denna psykologiska hjälp direkt, när de som allra bäst behöver den. Sjuksköterskorna inom akutsjukvården har oftast inte tid över för längre samtal och de ser inte sig själva som kompetenta nog, samt att en psykiatriker kan vara svår att få tag på, speciellt jourtid. Eftersom flertalet suicidförsök görs under kvällar och helger leder det ofta till att patienten får vänta på en psykiatrisk bedömning. Det är inte lämpligt eftersom patienterna ofta är lättast att prata med då de har vaknat upp. Därför finns det alltid en risk för att de stänger in sina känslor igen och inte vill prata när en psykiatriker väl kommer. Det blir därför mer väsentligt att sjuksköterskan har en viss förkunskap i samtalsteknik innan psykiatrikern kommer. Det är viktigt enligt Socialstyrelsen (2003) att i det akuta skedet skapa en god och förtroendeingivande relation till patienten. Därför är det olämpligt att lämna patienten ensam innan en kvalificerad bedömning av suicidrisken är gjord. Suicidala patienter är ofta mycket tveksamma till vård, och om vårdkedjan inte fungerar optimalt, är risken stor att de avbryter kontakten (a.a.).

För att sjuksköterskans omvårdnad av patienten skall kunna utvecklas och bli bättre behövs mer tillgänglighet av psykiatrikonsulter för att kunna göra tidiga bedömningar av patienten och för att delge sjuksköterskan vidare handledning i vård av patienten. Det finns en stor brist i organisationen kring den suicidala patienten. Då patienten är färdigbehandlad på avdelningen och skall vidare till en psykiatrisk enhet förekommer en svårighet i att transportera patienten, framförallt vem som skall ha huvudansvaret för transporten. När det gäller att frihetsberöva en patient kopplas polis till avdelningen. Sjuksköterskorna förklarar att det bör vara lika enkelt att flytta en suicidal patient som det är att förflytta en hjärtsviktpatient till en annan avdelning. Problemet skulle minska om det blir ett bättre samarbete mellan enheterna. När transporten mellan somatiken och psykiatri innefattar problem för alla inblandade är detta något som borde vara under högsta prioritet till förbättringar. Problemet för sjuksköterskan är att situationen är tidskrävande och skapar en stor oro för patientens välbefinnande. I situationer där vårdintyg skrivs medför organisationsproblemen en ökad stress för sjuksköterskan. Innan polis finns på plats kan situationen bli svår att hantera, eftersom sjukvårdpersonal inte har befogenheter att hålla patienten kvar samt att det alltid finns en risk för att patienten är utagerande. Om psykiatrikern anser att patienten behöver ytterligare vård skrivs en remiss till patienten, som sedan själv får ta en taxi. Sjuksköterskorna tycker att det känns svårt att skicka iväg en patient som de uppfattar i behov av hjälp, helt ensam på detta sätt. I dessa situationer förekommer det att sjuksköterskorna upplever att det inte blir ett avslut för dem. Detta eftersom sjuksköterskan inte vet om patienten anländer till psykiatri och tar emot den fortsatta vården samt att det alltid finns en risk för nytt suicidförsök. Situationen skulle underlättas om det förekommer ett bättre informationsutbyte mellan det här två instanserna. McAllister (2001) och Wistrand (1983) beskriver att tiden är ett problem där akutvård bedrivs eftersom det ständigt är ett arbete mot klockan. Sjuksköterskans känslor över att inte hinna med att lyssna och låta patienten få ventilera sin situation, det vill säga inte räkna till medför att vårdrelationen kan bli lidande (a.a.). Det finns risk i att patienten far illa av att sjuksköterskan inom akutsjukvården inte har möjligheten att ta sig tid till att samtala med patienten. Tidsbristen kan misstolkas och av patienten uppfattas som en brist på förtroende, inte bli tagen på allvar eller att sjuksköterskan inte vill se till patientens situation. McAllister

(2001) illustrerar att akutsjukvården medför svårigheter för sjuksköterskan eftersom de inte får något riktigt avslut med patienten. När patienten skall skickas vidare till psykiatri blir avslutet ännu svårare eftersom sjuksköterskan inte har insyn i deras verksamhet på grund av sekretess (a.a.). Resonemanget är överrensstämmande med den här studiens resultat. Resultatet visar att återkommande patienter beskriver att deras vård i psykiatri inte hjälper dem. Sjuksköterskornas arbete försvåras därför när de skall erbjuda vidare vård inom psykiatri. Samhället har ett ansvar att ta hand om de här patienterna och lagstiftningen om tvångsvård bör ses över och förbättras. Frågan är hur bra blir marknadsföringen av en tjänst som sjuksköterskan själv är missnöjd med? Mer informationsutbyte och inblick i varandras arbete ökar förståelsen och ger bättre villkor för samarbete. Detta efterfrågas redan av Wistrand (1983) där sjuksköterskorna vill ha ett fungerande samarbete med psykiatriska kliniker och öppenvårdsteam. Resultatet visar inte att längre erfarenhet medför att sjuksköterskan ser mer allvarligt på suicidförsök som McConnachie och Harvey (2005) illustrerar. Snarare att det finns mer nonchalans och en trötthet på systemet bland de sjuksköterskor som har arbetat längre och mött många av dessa återkommande patienter.

Konklusion

Sammanfattningsvis åskådliggörs att sjuksköterskor anser att de behöver vidareutveckla sin omvårdnadskunskap för att förbättra vården av den suicidala patienten. Studien visar att allmänsjuksköterskan önskar mer psykologisk grundkunskap med exempelvis samtalsteknik, eftersom just samtal med patienten belyses som ett problem ute i verksamheten. De ser ett behov av mer tillvägagångssätt för att närma sig, bemöta och knyta an i en vårdrelation med patienterna. Deras arbete skulle förändras till det bättre om en tätare kontakt med psykiatri förekommer, som gör det smidigare att genomföra förflyttningar av patienten samt få snabbare konsultation av psykiatriker. Resultatet ger förslag till vad som skulle kunna göra omvårdnaden bättre, samt lyfter svårigheter i samband med patientgruppen och blir således användbar i omvårdnadssammanhang. Det finns inga möjligheter till att generalisera resultatet då studien är begränsad i storlek, men den kan ändå bidra till att lyfta frågor kring patientgruppen och är därmed ett komplement i sitt enskilda sammanhang. Studien visar att det behövs mer tydlighet inför utförande av omvårdnad och arbetsrutiner för patienter som skall vårdas inom både somatik och psykiatri eftersom de verkar hamna i kläm.

År 2001 godkänns psykiskt sjukas rättigheter till att skyddas och vårdas på ett kompetent sätt av Förenta Nationernas generalförsamling. Dr Gro Harlem Brundtland, generaldirektör i WHO, sammanfattar godkännandet (WHO och WPA, 2002) med följande citat: *”Många av oss skyggar fortfarande för eller hycklar okunnighet om sådana individer som vi inte vågar förstå eller bry oss om”*

Behov av nya studier

Det skulle vara intressant med en mer omfattande studie som klarlägger den somatiska sjuksköterskans upplevelser av en patient som utfört suicidal handling och vårdas inom somatisk akutsjukvård. Att belysa sjuksköterskans omvårdnad av patientgruppen i ett bredare

perspektiv för att omvårdnaden skall kunna utvecklas ytterligare och bli mer individanpassad och specifik i sitt slag.

REFERENSER

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur. Lund.
- Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing standard*. 14, 27, 32-36.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Almqvist och Wiksell. Stockholm:
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.
- Mavundla, R. T. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 32(6), 1569-1578.
- McAllister, M. (2001). In harm's way: a postmodern narrative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 391-397.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2005). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*, (2006) 14, 4-10.
- Ottosson, J-O. (2000). *Psykiatri*. Liber AB.
- Patel, A.R. (1975). Attitudes towards self-poisoning. *British Medical Journal*, 2, 426-430.
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research- Principles and Methods*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Reed, F & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Nursing* 14, 249-257.
- Reid, W. & Long, A. (1993). The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18, 1369-1376.

Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. & Åsberg, M. (1997). Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scandinavian Journal Caring Science*. 1997;11(4):232-7.

Samuelsson, M., Wiklander, M. & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal Caring Science*; 17: 293–300

Sharrock, J. & Happell, B.(2000) The role of consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 34-39.

Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter- en kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Edita Norstedts Tryckeri.

Socialstyrelsen. (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevhälsan*. Publicerad på www.socialstyrelsen.se. December 2006.

Statens Folkhälsoinstitut. (2005). *Handlingsplan mot självmord*. Hämtad från WWW 2008-03-19: <http://www.fhi.se>

Statens Folkhälsoinstitut. (2007). *Psykisk ohälsa definition*. Hämtad från WWW 2008-03-06: <http://www.fhi.se>

Suominen, K., Suokas, J.& Lönnkvist, J. (2006). Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nordic Journal Psychiatry* 2007; 61:387-392.

Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., 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

Wistrand, M. (1983). Omhändertagande vid somatiska akutmottagningar av patienter som gjort självmordsförsök. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 186-6.

Wolk-Wasserman, D. (1984). The intensive care unit and suicide attempt patient. *Acta psychiatrica Scandinavica* 71:581-595.

World Health Organization- WHO. (2004). *Environment and Health Decision-Making in Developing Countries. A global review conducted by the WHO–UNEP Health and Environment Linkages Initiative (HELI)*. Hämtad från WWW 2008-03-06: <http://www.who.int/heli/>

World Health Organization- WHO och World Psychiatric Association-WPA. (2002). *Minskning av stigmatisering och diskriminering av äldre individer med psykisk sjukdom*.

Genève.

World Medical Association- WMA. (2002). Världsläkarförbundets. Helsingforsdeklaration. Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, Nr 11, Vol. 99.

Åsberg, M. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Annals of the New York academy of sciences*. Vol. 836, p. 158-181.

Åsgård, U. (1990). A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 82 (2): 115-24.

Bilaga 1

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur
Sjuksköterskeprogrammet, VT- 08

Till enhetschef, en förfrågan om att genomföra en intervjustudie

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som skriver ett examensarbete på 15 poäng. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling och vårdas på en somatisk avdelning/mottagning. Vi använder oss av en kvalitativ metod, med intervju som datainsamlingsmetod. Datainsamlingen beräknas ske under slutet av vecka nio och början av vecka tio och beräknas ta max 20 minuter per intervju.

Vi skulle därför vilja ha ditt medgivande att genomföra dessa intervjuer. Vi söker sjuksköterskor som har mer än ett års erfarenhet på avdelningen/mottagningen till att medverka i studien.

Medverkan i studien är frivillig och kan således avbrytas när som helst under studiens gång. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att det ej kommer att framgå vem som har sagt vad. Utöver oss två kommer endast vår handledare kunna ta del av materialet. Rådata kommer att förvaras på ett säkert sätt och efter analys att förstöras.

Vi kommer att kontakta dig inom en snar tid för en bekräftelse om att få genomföra studien och önskar då dagar och tider för när vi kan komma och genomföra intervjuerna.

Med Vänliga Hälsningar

Emma Brunbäck b05emubr@student.his.se
Viktoria Nilsson a05vikni@student.his.se

Ansvarig handledare:

Maria Gustafsson
maria.e.gustafsson@vgregion.se

Bilaga 2

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur
Sjuksköterskeprogrammet, VT- 08

Förfrågan om att medverka i en intervju studie

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som skriver ett examensarbete på 15 poäng. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans omvårdnad av en patient som utfört suicidal handling och vårdas på en somatisk avdelning/mottagning. Vi använder oss av en kvalitativ metod, med intervju som datainsamlingsmetod som beräknas ta max 20 minuter per intervju.

Medverkan i studien är frivillig och Du kan således avbryta Din medverkan när som helst under studiens gång. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att det ej kommer att framgå vem som har sagt vad. Utöver oss två kommer endast vår handledare kunna ta del av materialet. Rådata kommer att förvaras på ett säkert sätt och efter analys att förstöras.

Om Du har ett intresse till att medverka i den här studien önskar vi ett muntligt medgivande från Dig innan intervjun påbörjas.

Med Vänliga Hälsningar

Emma Brunbäck b05emubr@student.his.se
Viktoria Nilsson a05vikni@student.his.se

Ansvarig handledare:

Maria Gustafsson
maria.e.gustafsson@vgregion.se