

Mod att mötas

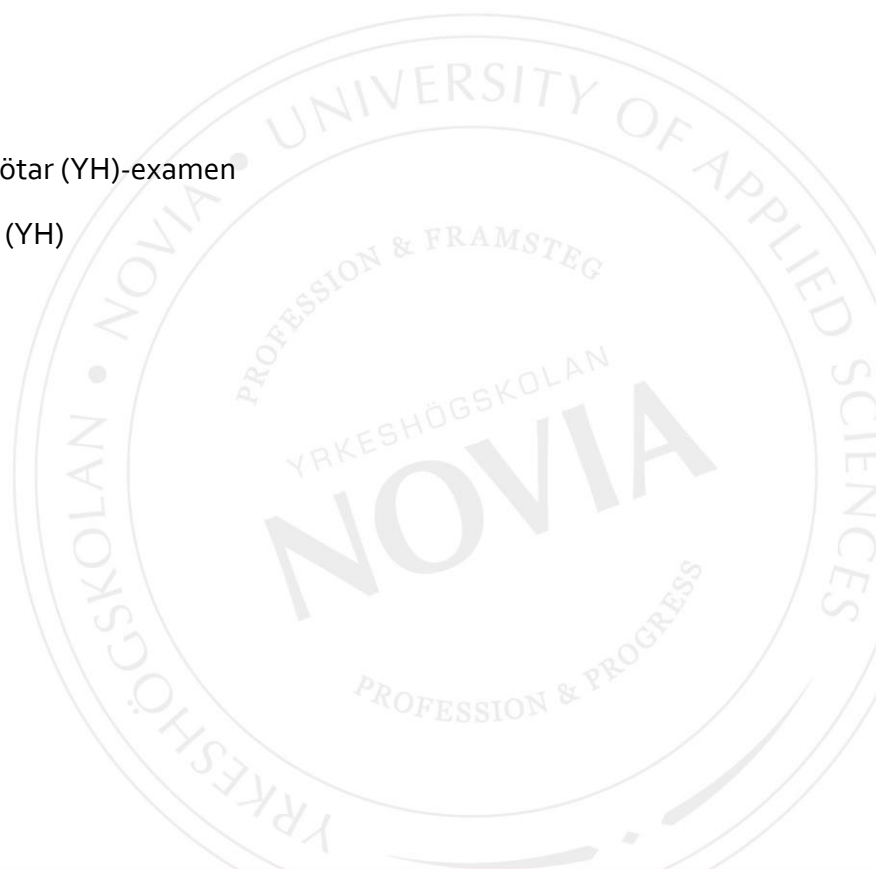
- en kvalitativ litteraturstudie om den suicidala patientens upplevelser av bemötandet i vården

Monica Björkbacka

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildning till sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Monica Björkbacka

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Eva Matintupa

Titel: Mod att mötas - en kvalitativ litteraturstudie om den suicidal patientens upplevelser av bemötandet i vården.

Datum 13.12.2018

Sidantal 27

Bilagor 5

Abstrakt

Syftet med studien är att hos vårdare på somatisk vårdavdelning öka förståelsen av den suicidal patientens upplevelser av vården genom att beskriva den suicidal patientens upplevelser av vården.

Studien gjordes som en kvalitativ litteraturstudie av 12 vetenskapliga artiklar som presenteras i en resumé och genom kvalitativ innehållsanalys för att svara på frågorna vilka upplevelser som hjälpt patienten och vilka upplevelser som försvårat patientens situation.

Som teoretiska utgångspunkter användes möte utgående från May (1976) och Lindström (1994) samt livsförståelse utgående från Rehnsfeldt (2010).

I resultaten framsteg två teman: upplevelser i vården som hjälpt den suicidal patienten med kategorierna: trygghet, gott bemötande, positiv attityd samt upplevelser i vården som försvårat situationen för den suicidal patienten med kategorierna: otrygghet, negativt bemötande, negativ attityd, stigma, skam och skuld.

Studien kan bidra med ökad förståelse för faktorer som påverkar den suicidal patientens upplevelse av vården.

Språk: svenska

Nyckelord: suicidal patient, upplevelse, vård, självmordsförsök, självmord

BACHELOR'S THESIS

Author: Monica Björkbacka

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Eva Matintupa

Title: Encounter of courage – a qualitative literature study of the suicidal patient's experiences in care.

Date 13.12.2018 Number of pages 27

Appendices 5

Abstract

The aim of the study is to enhance the understanding of the suicidal patient's experiences of care among nurses on a medical ward by describing the suicidal patient's experiences of care.

The study is a qualitative literature study of 12 published scientific articles presented in a review and analysed through qualitative content analysis to answer the following questions what experiences did help and what experiences made it more difficult for the patient.

May's (1976) and Lindström's (1994) "encounter" and Rehnfeldt's "understanding of life" are used as theoretical approach.

The results of the study were two themes: suicidal patient's experiences of care and what was helpful and components: feeling safe, good treatment, positive attitude and experiences of care that made it more difficult for the patient and components feeling unsafe, bad treatment, negative attitude, stigma, shame and guilt.

The study can add to an enhanced understanding for factors that affect the suicidal patient's experiences of care.

Language: Swedish

Keywords: suicidal patient, experiences, care, suicide attempt, suicide

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
2	Syfte och frågeställningar	6
3	Teoretiska utgångspunkter	6
4	Teoretisk bakgrund	7
4.1	Definitioner.....	7
4.2	Risikfaktorer och risksituationer för självmord.....	8
4.3	Självmondsbenägen patient på somatisk vårdavdelning.....	10
5	Studiens genomförande.....	11
5.1	Datainsamling.....	11
5.2	Litteraturstudie.....	12
5.3	Resumé (översikt).....	12
5.4	Innehållsanalys	13
5.5	Studiens praktiska genomförande.....	13
6	Studiens resultat.....	14
6.1	Upplevelser i vården som hjälpt den suicidala patienten.....	14
6.1.1	Trygghet.....	14
6.1.2	Gott bemötande.....	16
6.1.3	Positiv attityd	16
6.2	Upplevelser i vården som har försvårat situationen för den suicidala patienten?.....	17
6.2.1	Otrygghet	17
6.2.2	Negativt bemötande	17
6.2.3	Negativ attityd	18
6.2.4	Stigma.....	19
6.2.5	Skam och skuld.....	19
7	Diskussion.....	19
7.1	Resultatdiskussion.....	20
7.2	Metoddiskussion och kritisk granskning.....	21
7.3	Slutledningar	22
	Källförteckning	24

Bilagor:

Bilaga 1 Sökschema

Bilaga 2 Resumé

Bilaga 3 Lästips

Bilaga 4 Föreningar och övrigt stöd för självmordsbenägna och deras anhöriga

Bilaga 5 Känn igen risk för självmord!

1 Inledning

Psykiater och självmordsforskare Nyberg säger enligt Erikson (2017, s.63) att människor som tillfälligt tappat kraften att vilja leva har beskrivit vändpunkter. Det har handlat om någon som brytt sig, haft snälla ögon eller på annat sätt visat omsorg. Hon menar att vi kan alla träna på att stanna upp och våga lyssna och agera. Om man har tur att förstå vad som håller på att hända kan alla hjälpa en annan medmänniska som är i nöd. Det är en källa till kraft att tänka på att vi är varandras skäl att leva. (Eriksson, C. 2017, s.63)

Enligt Uusitalo (2007, s.15-16) finns det flera myter om självmord som försvårar en öppen diskussion om självmordstankar och försvårar det självmordsförebyggande arbetet. Sådana här myter är till exempel att en person som en gång försökt begå självmord inte gör det flera gånger. En annan myt är att om man pratar om självmord så stärker det viljan att begå självmord för en person med självmordstankar. En tredje myt är att en person som pratar om att ta sitt eget liv, han kommer inte att göra det. En fjärde myt är att då depressionen lättar minskar risken för självmord. Inte stämmer det heller att en självdestruktiv person med självska debeteende skulle ha en stark dödslängtan. En annan föreställning är att självmord händer plötsligt och att det är omöjligt att hindra en person som har bestämt sig för självmord. (Achte et al 1989,s.12)

Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland de psykiskt sjuka fast antalet är minskande enligt Vähäkylä (2006). År 2004 dog 1064 finländare på grund av självmord, varav 812 män och 252 kvinnor. Över 90% av de som begick självmord hade psykisk sjukdom, oftast depression. De som har svår depression eller bipolär störning har en 20% högre risk för självmord. Sedan 1990 har självmorden minskat i Finland, nya depressionsmediciner och projektet från 1987 ”Itsemurhat Suomessa 1987” samt det samtida förebyggande projektet kan ha inverkat (Vähäkylä, 2006, s.103, Pirkola&Sohlman, 2005, s.42–43). Enligt Statistikcentralens statistik över dödsorsaker från 2015 begicks totalt 731 självmord, 60 färre än året innan. På 15 år har självmordsdödligheten minskat med 40%. Mest har antalet självmord minskat bland män i åldersgruppen 35–44 år. Tre av fyra av de som begått självmord år 2015 var män (www.stat.fi, 4.11.2018). En sökning i Statistikcentralens PX-web databaser efter ”självmord efter ålder, år och kön” ger resultatet: år 2016 787st självmord varav 615 män och 172 kvinnor. Det är 56 fler självmord än år 2015 (www.pxnet2.stat.fi 4.11.2018).

I programmet ”Självmord kan förebyggas, ett mål och åtgärdsprogram för självmordsprevention” beskrivs rekommendationer för ett självmordsförebyggande arbete

inom olika sektorer: primärvård, psykiatrisk specialsjukvård, övrig specialsjukvård, socialvård, ungdomsarbete, arbetslivet, skolväsendet, kyrka och social- och hälsostyrelsen (Stakes 1993, s.17).

Hakanen och Upanne har kartlagt det arbete som olika myndigheter och organisationer har gjort för att förebygga självmord samt utvärderat resultaten av projektet 1992-1995. Projektet bedöms ha ökat den offentliga diskussionen om självmord och förebyggande av självmord. Faktorer som nämns som försvårande i det självmordsförebyggande arbetet var: tidsbrist, brist på personella och ekonomiska resurser, brister i beredskap, information och attityder. Andra brister som nämndes var brister i verksamheters målsättning, uppföljning och säkrande av kontinuitet (Hakanen 1999, s.9–10).

”Finland toppar statistiken på självmord i Norden” var en av rubrikerna i *Vasabladet* 27.7 2018. Marena Kukkonen som var chef på Centret för förebyggande av självmord säger att det behövs ett program att förebygga självmord i Finland. Enligt Kukkonen gör vi mindre för att förebygga självmord än vad de gör i de andra nordiska länderna. I 28 länder finns det program för att förebygga självmord men inte ännu i Finland. Sedan 1990-talet har antalet självmord nästan halverats, men bland de ungas självmord ser man ingen positiv minskning. Det måste bli enklare att få hjälp och vårdpersonal behöver mer kunskap om självmord för att kunna känna igen en självmordsbenägen patient (*Vasabladet* 27.7.2018). Kristian Wahlbeck, utvecklingsdirektör på Föreningen för mental hälsa i Finland säger att det finns problem inom hälsovården och att man inte heller där vågar prata öppet om självmordstankar och destruktivt beteende, Många som begått självmord har varit i kontakt med hälsovården utan att få hjälp. Wahlbeck menar att ingen begår ett självmord av att någon frågar och visar omtanke. (*Vasabladet* 11.9.18, s.11)

I ett pressmeddelande från Social och hälsoministeriet 13.12.2017 står det att God medicinsk praxis-rekommendation är på kommande till sommaren 2019 gällande prevention av självmord för yrkespersoner inom social- och hälsovården. Institutet för hälsa och välfärd ordnar utbildning på finska som ett av regeringens spetsprojekt. (Social- och hälsoministeriet finansierar rekommendationer för god medicinsk praxis för förebyggande av självmord. Pressmeddelande 184/2017)

Jag arbetar nu på en somatisk vårdavdelning, men har arbetat större delen av mitt arbetsliv inom psykiatrisk vård. Då jag på 1990-talet arbetade inom psykiatrin i södra Finland upplevde jag att patienter som var självmordsbenägna eller hade gjort självmordsförsök togs för det mesta in för vård på avdelning. Idag hör jag patienter, anhöriga och vårdare som

bekymrar sig och har ångest över att självmordsbenägna och de som gjort självmordsförsök inte får hjälp. Sängplatserna har minskats kraftigt inom psykiatrin inom de senaste 20 åren. Tidigare vårdades fler patienter på psykiatriska vårdavdelningar, både slutna och öppna. Idag är största delen av den psykiatriska vården öppen vård. Även bäddplatserna på somatiska vårdavdelningar har minskats kraftigt. Jag har valt att skriva om den suicidala patienten och hans upplevelser av bemötandet i vården för att öka förståelsen hos vårdare på somatiska avdelningar och hoppas på att bidra till att höja beredskapen att möta den suicidala patienten på en somatisk vårdavdelning.

2 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att öka förståelsen hos vårdare på somatisk avdelning för den suicidala patienten genom att beskriva den suicidala patientens upplevelser av bemötandet i vården. Jag kommer att behandla frågeställningarna ur ett patientperspektiv.

Mina frågeställningar är:

1. Vilka upplevelser i vården har hjälpt den suicidala patienten?
2. Vilka upplevelser i vården har försvårat situationen för den suicidala patienten?

3 Teoretiska utgångspunkter

Jag har valt att använda mig av Mays (1976) och Lindströms (1994) begrepp möte och Rehnfeldts (2010) begrepp livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv.

Enligt Lindström handlar att möta en annan människa om att erkänna varandras identitet, våga vidga sina jaggränser och att ge och ta i ett ingenmansland. I mötet kan ingen kontrollera eller förutse vad som sker i mötet. Olika känslor som spänning, glädje, smärta och ångest kan stiga fram. Ovissheten om upplevelsens natur och intensitet kräver mod av den som vill uppnå mötet. När ett möte har ägt rum är vi inte heller längre själva vad vi varit förut.

May (1976) säger att kreativitet uppstår i ett möte som är ett spänningstillstånd mellan spontanitet och begränsning. Mötet kan frigöra energi och ge kraft till hälsoprocessens rörelse framåt. Det behövs mod att våga gå in i det man inte förstår och ändå jobba mot ett mål, att våga tro att man räcker till.

Enligt Rehnsfeldt (2010, s.87–100) har människan förmåga att utvecklas i sin livsförståelse i livsavgörande stunder. Livsförståelse kan sägas spegla det som människan är på djupet. I det här är mötet med den andra avgörande. I upplevelse av och förståelse av olika situationer kan vi se mycket olika på samma situation. Där t.ex. vårdaren kan känna sig misslyckad som vårdare, kan patienten känna sig lyckad som människa. Då patienten har suicidtankar eller försöker ta sitt liv är livsförståelsen mörker, hopplöshet eller död. Rehnsfeldt nämner att patienten då är i ett livsförståelsemörker där det saknas hälsa och liv. Den tidigare livsförståelsen har "avstannat" men finns kvar och kan öppnas upp i mötet med patienten då man vågar ställa frågor. Rehnsfeldt säger människans livsmening formas i samspel med andra. Livsförståelsen beskrivs som människan i världen och samtidigt skapar människan sin egen värld i och genom gemenskap med andra. Han kallar det ett hermeneutiskt möte där patienten och vårdaren utforskar tillsammans och skapar patientens hälsa i lidande. Att kunna lita på vårdaren, utveckla förtroende är en förutsättning för att kunna dela med sig av sitt lidande.

4 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden behandlas en liten genomgång av definitioner, för mera fördjupning i definitioner hänvisar jag till Beskow (2000, s.33-36) samt riskfaktorer och eventuella bidragande orsaker till självmord enligt Ringskog Vagnhammar & Wasserman (2017) och Nyberg (2017).

Orsakerna till suicidalitet är många och livssituationerna unika för varje patient. Jag kommer att ta upp självmordsbenägen patient på somatisk vårdavdelning för att ge en liten inblick i vårdverkligheten ur det perspektiv jag ser det i mitt arbete. Jag kommer inte att gå djupare in i specifika sjukdomstillstånd eller behandlingar av dem. Termer jag kommer att använda i arbetet är suicidal och självmordsbenägen som likvärdiga. Termer om självmord som jag använder i arbetet är även suicid eller att ta sitt liv. Jag kommer inte att gå djupare in på självskadebeteende. Den vuxna patienten är utgångspunkten i arbetet. Vårdare används som term för hjälparen men jag använder också vårdpersonal och då syftar jag även på annan personal som möter patienten på sjukhuset.

4.1 Definitioner

Självmord och suicid är synonymer. Självmord är en medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden. Självdestruktivt beteende är ett samlingsnamn på

handlingar, som medför skada eller risk för skada på personen själv, såsom okontrollerat drickande av alkohol, skära sig eller utföra självmordshandlingar. (Beskow, 2000, s.33-34)

Självmordsprocess är en utveckling från första allvarliga självmordstanken till självmord. Begreppet antyder att självmord inte bara händer, de har en historia. Beskow, 2000, s.36)

Självmordsbenägenhet är en inställning som påverkas av avsikter, planer, eventuella beslut och impulser att begå självmord. Självmordsnära personer är personer som inom det senaste året har gjort självmordsförsök och/eller som har allvarliga självmordstankar och därför har en förhöjd risk för nya självmordsförsök. Självmordsnära personer kan vara personer som utan att ha allvarliga självmordstankar på grund av omständigheterna bedöms vara i risk för att begå självmord. (Beskow, 2000, s.34–35)

Självmordstankar är önsknings, fantasier och tankar om och impulser att ta sitt liv som kan förändras till avsikter, planer och ibland beslut. (Beskow, 2000, s.36)

Dödstankar eller dödsönsknings är t.ex. vid sjukdom eller olycksfall tankar eller önskan om att få komma bort, dö, inte behöva vara med. (Beskow, 2000, s.34)

Suicidologi är läran om självmordstankar, självmordsförsök, självmord och självmordsprevention. (Beskow 2000, s.36)

Professor Beskow har myntat begreppet psykologiskt olycksfall. Det betyder att när en människa har sömnstörning eller ångest, är djupt deprimerad har han svårt ibland att göra välgrundade beslut. Det kan hända att han i misstag tar för mycket mediciner utan att egentligen vilja dö. Många dör på grund av självmord för att de inte kan värdera konsekvenserna av sitt handlande, ofta på grund av psykisk sjukdom (Nyberg, 2017, s.23)

4.2 Riskfaktorer och risksituationer för självmord

Faktorer som ökar risken för självmord enligt Nyberg (2017), Ringskog Vagnhammar och Wasserman (2017) är många. Vid det flesta självmord kan orsaken till självmordet kartläggas. Självmord kan vara följd av sjukdom, olika förluster, att känna sig utanför, att ha brist på mening i livet och sakna sammanhang, att ha svårt att be om hjälp enligt Nyberg (2017 s.29) menar att eftersom det finns så många faktorer som ligger bakom en suicidalitet är det centralt att utgå från individens behov och fokusera på relevanta faktorer och inte bara på sjukdom och symtom.

En psykisk sårbarhet som är delvis medfödd och delvis kommer senare i livet genom svårigheter människan möter kan i växelverkan med stress och andra faktorer sätta igång en självmordsprocess. Processen är först tyst i form av självmordstankar men kan bli till självmordsnära beteende med självdestruktivitet, självmordsmeddelanden, kanske självmordsförsök och fullbordat självmord. (Ringskog Vagnhammar och Wasserman 2017, s.43).

Nyberg (2017, s.29–37) delar upp faktorerna i ärftliga faktorer, biologisk sårbarhet, sociala och kulturella faktorer samt psykologiska faktorer. Förutom de tidigare nämnda faktorerna beskriver hon psykisk sjukdom och missbruk som centrala faktorer att beakta vid bedömning av självmordsrisk.

De flesta som får en psykisk sjukdom tar inte sitt liv, men av de som avslutar sitt liv genom självmord har största delen en underliggande psykisk sjukdom. De psykiska sjukdomstillstånd som kopplas till förhöjd risk är schizofreni, bipolär (manodepressiv) sjukdom, anorexi, psykos och/eller tidigare självmordsförsök och svår depression. Det inträffar också självmord vid lätt och måttlig depression. Missbruk av alkohol och mediciner ökar risken samt självmedicinering för att dämpa ångest och depression. En kombination där patienten har både psykisk sjukdom och missbruk höjer suicidrisken. Det är vanligt att missbrukaren har ångest och depression. Inom psykiatriska vården då byte av behandling eller vårdkontakt är aktuell eller man har flera behandlingsmisslyckanden bakom sig ökar risker för självmord, likaså permission från vårdavdelning eller utskrivning från vårdavdelning.

Ärftligheten som även Ringskog Vagnhammar och Wasserman (2017) tar upp i form av psykisk sårbarhet nämner även Nyberg (2017). Sårbarheten kan ta sig i uttryck som personlighetsdrag av impulsivitet, aggressivitet och risk för att utveckla depression vid stressande livshändelser. I kroppen är troligen serotonin inblandat samt även omsättningen av stresshormonet kortisol.

Biologisk sårbarhet som riskfaktorer är aktuell då patienten t.ex. har flera alkoholister i släkten. Det förebyggande och skyddande åtgärderna kan då vara att vara försiktig och uppmärksam på den egna alkoholkonsumtionen. Att röka hasch kan utlösa psykos hos en biologiskt sårbar individ och så även öka risken för självmord. (Nyberg, 2017,s.33)

Sociala och kulturella faktorer som kan påverka risken är t.ex. det individinriktade samhälle vi lever i. Många människor döljer hur de egentligen mår och då är det större risk för att

känna sig utanför. Om man upplever att andra lever ett så fantastiskt liv och man inte själv når upp till det, som exempel kan nämnas t.ex. sociala medier. (Nyberg, 2017, s.34-35)

I de psykologiska faktorerna är känslan av att hamna utanför gemenskap efter förluster och kränkningar de centrala. En känsla av att bli bortvald orsakar smärta. Som människa har det genom tiderna varit centralt för vår överlevnad att höra till en grupp, t.ex. för att få mat, få skydd från rovdjur. Olika relationer som förändras eller upphör så som arbetslöshet, skilsmässa, pensionering, mobbning, en anhörigs död, en vän som bryter kontakten kan alla förorsaka självmordstankar. Funderingar kring den egna sexualiteten och ens tillhörighet kan vara en riskfaktor om det finns med rädsla att inte accepteras för den man är. Kroniska smärttillstånd och olika sjukdomstillstånd kan öka risken för självmord. Då livsinnehållet förändras stort efter en olyckshändelse eller t.ex. för en elitidrottare som avslutar sin karriär är risksituationer. Flyktingar och asylsökande som har lämnat sitt hemland har en ökad risk och det som också påverkar är hur de blir bemötta i det nya landet. Ringskog Vagnhammar och Wasserman (2017, s.45) nämner känslan av hopplöshet som en riskfaktor i sig.

Viktigaste enligt Nyberg (2017) är att någon i omgivningen tar initiativ och försöker förmedla förståelse och omtanke. Skyddande faktorer är viktiga att ta reda på, vad som fungerar och vad som hjälper att hålla patienten kvar i livet. Det går inte att rekommendera en handlingsplan som eller speciell insats som alltid hjälper.

I bilaga 5 finns en ”checklista” för att känna igen en självmordsbenägen patient.

4.3 Självmordsbenägen patient på somatisk vårdavdelning

Då en patient kommit till en somatisk vårdavdelning har han kommit dit med en ankomstorsak från t.ex. akuten. Ibland kan även patienter komma direkt från andra avdelningar eller polikliniker. De patienter som vårdas på somatiska avdelningar har oftast i första hand somatiska ankomstorsaker, t.ex. lunginflammation eller ros i benet, sänkt allmäntillstånd. Ibland kommer patienter med ankomstorsak intoxication eller annat självskadebeteende, som kräver somatisk uppföljning på somatisk vårdavdelning. Då patienten kommer för intoxication eller suicidalitet skrivs konsultationsbegäran oftast redan på akuten. Ibland har psykiatrisk sjukskötare pratat med patienten före ankomst till avdelningen, annars kontaktas i regel samjourens dejourerande psykiatriska sjukskötare som kommer och pratar med patienten så fort patientens mående det tillåter. Vårdarnas beredskap på somatisk avdelning att bemöta den suicidala patienten är varierande, beroende på tidigare erfarenheter och/eller skolningar. Psykiatrisk konsultationsbegäran görs också då man vill

utreda om patienten är psykotisk, har depression eller är självmordsbenägen. Ibland skriver läkaren direkt en M1 (M1, observationsremissblankett fastställd av social- och hälsovårdsministeriet) om patienten är klart psykotisk eller har svår depression och behöver sluten psykiatrisk vård. Patientens rättigheter och självbestämmande styrs av lagar och läkaren frågar patientens vilja till vård (Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992). Läkaren tar också ställning och avväger om patientens mående är sådant att patienten kan själv ta ställning till sitt behov av vård (Mentalvårdslag 1990/1116). En förutsättning att flytta över till psykiatri är att patienten är färdigt vårdad somatiskt. Vad jag har sett som sjukskötare i vårdverkligheten är att även om en patient är självmordsbenägen, så betyder det inte att han automatiskt får en vårdplats på psykiatrisk avdelning. Mycket sköts inom öppenvård idag. För att få vård mot sin egen vilja behöver patienten vara antingen psykotisk eller ha svår depression eller att annan vård inte är tillräcklig för att säkra patientens liv och hälsa. Vårdande läkaren beslutar om kriterier för en M1 fylls, ofta i samråd med psykiatrisk sjukskötare/psykiater.

Då en självmordsbenägen person är i kontakt med sjukvården kan det uppstå en etisk konflikt. Ottosson (2005, s.121) beskriver att läkaren skall göra gott genom att ge den vård som krävs för att rädda liv och å andra sidan har varje människa rätt till respekt för hennes självbestämmande.

I bilaga 3 finns lästips på källor där människor beskriver egna eller andras upplevelser av suicidalitet och självmord, böcker om döden och källor om självmordsförebyggande vård. I bilaga 4 finns uppräknat föreningar och övrigt stöd för självmordsbenägna och deras anhöriga.

5 Studiens genomförande

Studien är en kvalitativ litteraturstudie där vetenskapliga och relevanta artiklar dels samlats i en resuméartikel och dels tolkats med hjälp av induktiv kvalitativ innehållsanalys.

5.1 Datainsamling

Först skall man ha ett problem som man vill hitta ha svar på. Man gör en problemformulering och funderar över vad informationen skall användas till, gör avgränsningar gällande tid och språk. Man söker rätta resurser i databaser, böcker, tidskrifter och hittar rätta sökord. Exempel på databaser är Cinahl, Arto, Elektra. På vetenskapliga biblioteket Tritonia kan

man göra både manuell sökning eller söka i databaser. Man kan söka information via sökmotorer på internet till exempel Google. Om vetenskapliga artiklar söks är Google Scholar att föredra.

Efter sökning skall resultaten utvärderas och man skall fråga sig om materialet svarar på problemformuleringen. Behöver man mera information? Är informationen trovärdig? Är sökorden de rätta? Allt material som tas med i examensarbetet måste källgranskas. Vem ansvarar för informationen? Är källan pålitlig? Är informationen tillförlitlig? Är informationen aktuell? När har informationen uppdaterats senast? Efter att ha utvärderat resultatet från en första sökning, gör man en ny sökning. Det går att kontakta en bibliotekarie eller handledare om det behövs hjälp med sökningen. (Henricson, et.al., 2013., s.95–112)

5.2 Litteraturstudie

Enligt Forsberg & Wengström (2013) startar all forskning med en allmän litteraturgenomgång. Det finns tre olika sätt att använda litteratur som utgångspunkt: allmän litteraturstudie, systematisk litteraturstudie och begreppsanalys. För att kunna göra en systematisk litteraturstudie behövs tillräckligt med antal av studier av bra kvalitet för att kunna dra slutsatser (s.25–26).

För att en litteraturstudie skall vara en systematisk litteraturstudie enligt Manchikanti skall den ha klar och tydlig frågeställning. Tydliga kriterier skall finnas för vad som väljs och vad som väljs bort. Metodval och resultat skall presenteras för varje studie. En tydlig analys skall genomföras och redovisas i form av en rapport där delarna: syfte, frågor, metod, resultat, analys, konklusion och diskussion beskrivs (Forsberg & Wengström, 2013, s.28)

5.3 Resumé (översikt)

I en resumé samlas data som beskriver sökningars resultat. På ett överskådligt sätt presenteras data så att läsaren lätt kan följa med en genomskinlighet i arbetsprocessen (transparens). Friberg ger exempel på en översikt av analyserad litteratur där det finns data som: titel, författare, tidskrift, årtal, perspektiv (omvårdnadsvetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter m.m.), problem och syfte, metod (urval, analys m.m.), resultat och diskussion. (Friberg, 2017, s.183)

5.4 Innehållsanalys

Innehållsanalys är benämning för att med metoder och tekniker av empiriskt vetenskapligt slag med kvalitativ eller kvantitativ ansats beskriva och tolka texter. (Henricson, 2013, s. 330)

Inom innehållsanalys finns hundratals olika tekniker och metoder som kan göras kvantitativt eller kvalitativt. Innehållsanalysen består av olika delar och är beskriven med olika termer i litteraturen; analysenhet, domän, meningsenhet, kod, kategori eller tema. (Henricson, 2013, s.332–333)

En kvalitativ innehållsanalys innehåller planering i form av en plan. En övergripande frågeställning som påverkat litteraturgenomgången finns ofta. Vid kvalitativ innehållsanalys formuleras syftet på en beskrivande nivå. Materialet består av omfattande textmaterial så som dokument därifrån urval väljs. Artiklar är en källa som kan vara underlag för en litteraturöversikt och skall göras utifrån syftet och kriterier för litteratursökningen. Om analysen utgår ifrån innehållet i texten är den induktiv. För att metoden skall ha en hög tillförlitlighet krävs att forskaren redovisar stegen i analysen tydligt, och man skall kunna se det som framkommit i resultaten. I dataanalysen bör utgångspunkten vara syftet som finns för studien. Analysen kan framställas som en litteraturöversikt (resuméartikel). I presentationen av resultatet skall det finnas en beskrivning och illustration för syftet. För att öka djupet i studien skall man i resultatredovisningen diskutera resultaten mot en lämplig teori. (Henricson, 2013, s.334–340)

5.5 Studiens praktiska genomförande

Arbetet har börjat med att jag funderat ut ett problem och syfte som jag är intresserad av. Jag har lånat böcker, sökt information via Google och Google Scholar. För att kunna göra sökning i databaser har jag prövat med olika sökord. Jag har fått förutom hjälp av min handledare även fått hjälp i sökningsprocessen av bibliotekarie på Tritonia. Databaser som använts är Finna, Cinahl och Academic Search Elite. Sökord och sökresultat finns i bilaga 1, artiklarna jag valt är referentgranskade och i fulltext, alla artiklar är på engelska.

Jag har valt bort de artiklar som handlar om vårdares eller läkares upplevelser. Vid sökning har vetenskapliga artiklar från år 1999 till 2018 tagits med. Vetenskapliga artiklar där patientens ålder är 15år och äldre har tagits med. Artiklarna har presenterats i en resumé och

för att svara på frågeställningarna har de analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Jag började med att läsa igenom artiklarna och med grön penna strecka under det som patienterna upplevde att hjälpte dem och med röd penna sträcka under det som de upplevde att försvårade situationen. Jag skrev på olika papper ord och meningar från olika artiklar och började gruppera dem först i kategorier som blev två teman utgående från frågeställningarna.

I resultatdiskussionen speglar jag kategorierna mot mina teoretiska utgångspunkter May och Lindströms begrepp möte och Rehnsfeldts begrepp livsförståelse samt mot den teoretiska bakgrunden. Till sist gör jag en kritisk granskning av arbetet och skriver slutledningen.

6 Studiens resultat

Studiens första resultat är en resumé som finns i bilaga 2.

Innehållsanalysen har gett två teman och åtta kategorier. Tema ”upplevelser i vården som hjälpt” med kategorierna trygghet, gott bemötande och positiv attityd. Tema ”upplevelser i vården som försvårat” med kategorierna otrygghet, negativt bemötande, negativ attityd, stigma, skam och skuld.

6.1 Upplevelser i vården som hjälpt den suicidala patienten

Sammanlagt tre kategorier hittades som beskriver upplevelser i vården som hjälpt den självmordsbenägna patienten.

6.1.1 Trygghet

Trygghet är enligt Berg et al (2017) inte bara att trygga den fysiska miljön utan även att tillgodose behoven av inre trygghet. Anknytning (connection), skydd (protection) och kontroll (controll) är tre delar som är väsentliga för att patienten skall känna sig trygg och lindra suicidala impulser.

Till upplevelser av anknytning mellan patient-vårdare kom fram att möta någon som bryr sig om. Suicidala patienter nämner som positivt att vårdaren bekräftar känslorna och accepterar patienten som en människa. Det är viktigt för patienten att bli mött, bekräftad och accepterad. (Berg et al, 2017).

Likaså kommer det fram i intervjuer med en tidigare suicidal patient att det hjälper att bli bemött med respekt, värdighet, tålamod, empati och respekt för det individuella. Upplevelsen av att bli kallad vid sitt eget namn är stärkande. Ett gott bemötande hjälper att varva ner i en akut situation. Att få höra att det var ett bra beslut att söka vård hjälper patienten att lugna sig. Små saker som hjälp med att ringa någon vän eller anhöriga. (Bergmans et al, 2007)

En längtan efter närhet och önskan av samhörighet, att kämpa för att öppna upp en inre dialog och bryta ut i en yttre dialog, att frigöra inre och yttre dialog var alla teman som framsteg i Talseths (2003) studie. Patienten behöver kämpa för att bli redo att låta sig tröstas, människor i djup förtvivlan behöver tröst. Patienten känner en längtan att bli trodd utan att ha behövt skada sig själv som bevis på allvaret (Neilson et al 2014). Den suicidala patienten upplever trygghet som ett sätt att skyddas från döden och få stöd av andra. (Berg et al, 2017)

Möte med vårdare som fick patienten att känna sig trygga, gjorde att de vågade öppna upp och prata om sitt lidande och suicidalitet (Hagen et al 2018). Vårdare som kommer med jämna mellanrum och tittar in ger trygghetskänsla (Bergmans et al, 2007). Anhöriga och vänners delaktighet i vården ger skydd och trygghet (Bergmans et al, 2007). Wiklander et al (2003) beskrev att en del patienter upplevde att det var till hjälp att personalen envist övertalade patienten att acceptera intagning på avdelning.

För upplevelsen av att som suicidal patient ha kontroll nämns att nå insikt, lära sig att hantera svårigheter och symtom samt förbereda sig inför kommande utskrivning från sjukhus. (Berg et al, 2017)

Information, att hållas informerad och lyssnas till ger en känsla av kontroll och trygghet. Då känslorna bekräftas av vårdare hjälper det att få tillbaka kontrollen. I en intervju beskriver patienten att det var lättare med frågor med konkreta val i stället för öppna frågor. En konkret plan vid hemfärd hjälper. (Bergmans et al, 2007, Neilson et al 2014)

Wiklander et al (2003) menar att en av patienten lyfte fram hur viktigt det var att läkaren (psykiatern) trodde på patientens förmåga att ta ansvar för sig själv. Han fick lov att åka hem och komma tillbaka nästa morgon. Andra patienter beskrev också vikten av att personal trodde på dem och deras förmåga att göra egna beslut och förmåga att ta hand om sig själva.

Stöd i form av att få ta del av olika valmöjligheter och bekräfta och respektera patientens situation hjälpte patienten. De bästa upplevelserna med vården hade varit då tillgången till information varit tillräcklig. (Neilson et al 2014)

6.1.2 Gott bemötande

Ett gott bemötande, ett möte, innehåller som Vatne et al (2014) studie lyfter fram upplevelsen av öppenhet och förtroende. Ett möte i patient-vårdarrelationen där båda möts som jämlikar. Ett gott vårdförhållande, en god relation gör det lättare att dela lidandet och suicidaliteten (Hagen et al, 2018). Talseth et al (2003) beskriver att patienten som lider känner sig inbjuden till ett möte då vårdaren är lugn, välkomnande, trevlig, icke-konfronterande och tillgänglig. Cardell et al (1999), Wiklander et al (2003) beskriver att en vårdare som är vänlig, villig att hjälpa, respektfull, tålmodig, icke-dömande och empatisk uppskattas i vården. Vatne et al (2012, 2014) skriver att det hjälper patienten när han blir bemött med respekt, blir bekräftad, får lämpligt med tid och uppmärksamhet samt har någon som lyssnar. Vårdare som pratar med patienten gör upplevelsen mera positiv (Cardell et al (1999). Längtan efter någon att "luta sig mot", någon som kan inbringa hopp lindrar patientens lidande. (Vatne et al 2012)

"Han pratade lugnt, lugn och trevlig röst, såg mig i ögonen utan att stirra." Vårdaren är närvarande och tillgänglig, han visar det med t.ex ett leende, en blick eller trevlig röst (Talseth et al, 2003). Ett optimistiskt/positivt sätt hos vårdaren som tar sig uttryck som vårdande, hjälpsamhet och hoppfullhet. Under observationstiden hjälpte det om vårdaren var optimistisk, det smittade över till patienten och stimulerade problemlösning och "påtvingade" en hoppfull attityd och positivare självbild hos patienten. (Cardell et al (1999)

6.1.3 Positiv attityd

Wiklander et al (2003) säger att bli tagen på allvar i sin förtvivlan minskar upplevelsen av skam. En icke-dömande attityd gällande själva suicidförsöket hos vårdaren hjälper då många patienter redan känner skam.

Cardells et al (1999) studie lyfter fram vikten av positiv attityd hos vårdaren/ den som observerar patienten under observationstiden. Det som underlättar upplevelsen och är terapeutiska handlingar under observationstiden är bekräftelse, avledning från självmordstankar, känslomässigt stöd och skydd.

Det är viktigt att vårdaren ser patienten som en unik och betydelsefull människa. (Cardell et al, 1999, Bergmans et al, 2007, Wiklander et al, 2003, Hagen et al, 2018). Patienten får positivare upplevelser då det i attityden saknades avvisande sätt eller stigmatisering. (Neilson et al 2014)

6.2 Upplevelser i vården som har försvårat situationen för den suicidala patienten?

Sammanlagt fem kategorier hittades som beskriver upplevelser i vården som försvårat situationen för den självmordsbenägna patienten.

6.2.1 Otrygghet

I en studie från Litauen beskrivs svårigheter att kunna lita på andra, tankar om att var och en måste själv lösa sina problem utan att dela med andra, att undvika att oroa andra och tron att visa känslor är ett tecken på svaghet som hinder för att söka hjälp vid suicidalitet. (Dadasev et al 2016)

Otillfredsställda behov av anknytning, skydd och kontroll ger otrygghetskänslor och ökar suicidalitet (Berg et al, 2017). Patienten upplever vårdarens svar som ytliga, de för information och säger att det finns inget recept för att bli bra medan vårdaren informerar patienten att hon måste jobba igenom sina egna tankar och fråga råd om hon behöver. Patienten känner sig förnedrad och som ett objekt. (Talseth et al, 2003). Enligt Schlimme (2011) är upplevelsen av den suicidala patientens förmåga till självbestämmande varierande.

Hagen et al (2018), menar att om personkemin inte stämde var det svårt att närma sig vårdaren eftersom förtroende och tryggheten fattades. En del upplevde inte den otillräckliga vården som diskriminerande utan såg den som brist på resurser. Patienterna var upprörda över vårdnivån (level of care) men mera förlåtande gentemot vårdpersonalen. (Rimkeviciene et al, 2015) Patienten har upplevelser som att andra inte är villiga att hjälpa, ingen bryr sig, ingen lyssnar och ingen försöker förstå på djupet (Dadasev et al 2016). Utebliven information om avdelningsrutiner eller annat som rörde sjukhusvistelsen ökade patientens otrygghet (Wiklander et al, 2003). Brist på information om ”ständig observation” beskrevs som icke-terapeutiskt. (Cardell et al, 1999)

6.2.2 Negativt bemötande

Om inte personkemin fungerar och patienten inte upplever förtroende för vårdaren så händer det att patienten håller tillbaka sin smärta och sin suicidalitet. Det här kan vara mycket skadligt för patienten (Hagen et al, 2018). I några fall där det saknades finkänslighet i vården upplevde de suicidala patienterna att de inte fick hjälp. De blev besvikna och förnedrade

(Rimkeviciene et al, 2015). Ångest, ilska, oempatiskt beteende hos vårdare upplevs av patienterna som negativt bemötande. (Bergmans et al, 2007, Cardell et al, 1999) Negativt bemötande beskrivs även som osympatiskt, icke respektfullt, befallande och bestraffande beteende. (Wiklander et al, 2003)

Känslouttryck hos vårdare i form av kroppsspråk eller verbala uttryck kan försvåra upplevelsen. Vårdares frustration av att patienten kommer på nytt och på nytt med suicidalitet/ självmordsförsök som orsak, det kan ta sig i uttryck som ångest, ilska, oempatiskt beteende, ögonrullningar, mimik och avvisande kroppsspråk. Verbala uttryck förminskar patienten som sökt hjälp för att hon funderar på att ta sitt liv. Som en patient uttryckte det ”Straffa inte mig för att jag är sjuk” (Bergmans et al, 2007)

6.2.3 Negativ attityd

Enligt Wiklander et al (2003) beskrev patienter efter ett suicidförsök det första mötet på sjukhuset som svårt. De är känsliga inför personalens attityder och beteende.

Patienten kunde ha upplevelsen av att läkaren inte var intresserad av suicidala patienter utan mera intresserad av de ”riktiga patienterna” med somatiska besvär. Attityden ”jag bryr mig inte” beskrev intervjuade före detta patienter i Rimkevicienes (2015) studie. Bemötandet väckte ilska och upprördhet då de pratade om det efteråt. Dock upplevde en del inte den otillräckliga vården som diskriminerande utan såg det som brist på resurser. Patienterna var upprörda över vårdnivån (level of care) men mera förlåtande gentemot vårdpersonalen.

En deltagare beskrev att det inte fanns hjälp att få om inte problemen räknades tillräckligt allvarliga av läkare/vårdpersonal. Upplevelsen att sällas/ gå genom ett test och antingen få hjälp eller inte gav upplevelsen av negativ attityd. En del beskrev att endast då man skadat sig allvarligt får man hjälp och man skulle också annars vilja bli tagen på allvar utan att behöva ”bevisa” sitt illabefinnande. (Neilson et al, 2014)

Patienter upplevde sig skräckslagna, blev tysta eller tillbakadragna om de upplevde att vårdare missbrukade sin maktposition (Wiklander et al, 2003). Undvikande och förminskande beteende hos vårdpersonal var de oftast förekommande beteenden relaterade till suicidala patienten enligt Rimkeviciene (2015), Wiklander (2003), Neilson (2014). Vatnes (2014) studie säger att det inte hjälper patienten att vårdaren tycker synd om patienten. . En ”stackars dig” –attityd är förödmjukande.

6.2.4 Stigma

Rimkeviciene et al (2015) beskriver att personer som försökt ta sitt liv ofta får känna av stigmatisering i vården. Psykisk ohälsa och stigma har forskats mera i än i stigma och i självmordsförsök. Stigma finns då element av stämpling, stereotypi, statusförlust och diskriminering förekommer tillsammans i ett maktförhållande som tillåter dem. Stigma för patienter med självmordsförsök innebär fara för andra, ”badness” att vara dålig, opålitlig, en börda eller en mindre beundransvärd människa. Undvikande beteende och förminskande av upplevelsen, hemlighetsmakeri från personalen sida medför stigma. Det förekommer motsatser i hur man beskriver suicidala patienten, ”Inte egentligen sjuk” (Not really sick) eller ”Blir aldrig bra igen” (Sick for life). Stigma är ett hinder för unga människor att söka hjälp vid psykiska besvär. (Neilson et al 2014)

6.2.5 Skam och skuld

Vatne et al (2014) beskriver att känslor av skam efter ett suicidförsök är vanliga. Vårdpersonalens beteende och attityder inverkar på upplevelsen av skam (Wiklander et al 2003). För en del patienter bidrar brist på bekräftelse till känslan av att vara en börda, belastning för andra och kan också leda till nya suicidförsök. Ibland förändras inte livet efter ett suicidförsök, en del patienters önskan att dö finns kvar.

Känslan av att vara blottad inför andra kan för en del patienter ge skamkänsla. (Wiklander et al 2003) Ibland kunde vårdrutiner orsaka lidande och skamkänslor. Bristande förståelse och respekt saknades, en del av patienterna upplevde att vårdarna inte förstod deras känslor eller situationer alls.

Skuldbeläggning efter ett suicidförsök, t.ex ”Hur vågar du göra så mot mig när vi försöker hjälpa dig så mycket?” förekommer. Skuldbeläggningen ger en känsla av att vara dålig ”badness” enligt Rimkeviciene (2015).

7 Diskussion

I kapitlet diskuteras studiens resultat, kategorierna i förhållande till de teoretiska utgångspunkterna och till den teoretiska bakgrunden. Dessutom görs en kritisk granskning av processens olika delar. Slutligen görs slutledningar och diskuteras möjliga intresseområden för vidare studier.

7.1 Resultatdiskussion

Att kunna lita på vårdaren och utveckla förtroende är en förutsättning för att kunna dela med sig av sitt lidande. Att kunna lita på vårdaren ger **trygghet**. Tryggheten uppstår i anknytningen, att känna sig skyddad och att ha kontroll. Delaktighet i vården genom att få information om sin vård ger **trygghet**. Vårdare som kommer och tittar till en med jämna mellanrum innebär också **trygghet**. Rehnfeldt (2010) säger att människans livsmening formas i samspel med andra. Livsförståelsen beskrivs som människan i världen och samtidigt skapar människan sin egen värld i och genom gemenskap med andra. Han kallar det ett hermeneutiskt möte där patienten och vårdaren utforskar tillsammans och skapar patientens hälsa i lidande.

Att bli bemött med respekt, bekräftad, få lämpligt med tid och uppmärksamhet samt någon som lyssnar innebär ett **gott bemötande** och hjälper patienten. Viktigaste enligt Nyberg (2017) är att någon i omgivningen tar initiativ och försöker förmedla förståelse och omtanke. **Positiv attityd** hos vårdare minskar upplevelsen av skam, vilket är en vanlig känsla hos patienten som tappat sin livslust. Enligt May (1976) kan mötet frigöra energi och ge kraft till hälsoprocessens rörelse framåt. Det behövs mod att våga gå in i det man inte förstår och ändå jobba mot ett mål. Vårdaren bör våga tro att man räcker till.

Otrygghet innebär en upplevelse av att ingen bryr sig eller förstår. Patienten vågar inte dela med sig av sina tankar eller känslor. **Otrygghet** kan upplevas både som en inre **otrygghet** i form av brist på anknytning och som brist på skydd och brist av kontroll. Brist på information och att inte vara delaktig ökade otrygghetskänslan. Enligt Nyberg (2017) är känslan av att hamna utanför gemenskap efter förluster och kränkningar de centrala. En känsla av att bli bortvald orsakar smärta. Som människa har det genom tiderna varit centralt för vår överlevnad att höra till en grupp för att överleva, t ex för att få mat, få skydd från rovdjur osv

Negativt bemötande i form av kroppsspråket och verbala uttryck påverkar upplevelsen stort. Med mimik och ögonrullningar samt negativa uttalanden känner patienten sig icke-önskvärd. Om personkemin inte fungerar så vågar patienten inte dela sitt lidande med vårdaren och det kan leda till mera lidande för patienten. Rehnfeldt (2010) säger att kunna lita på vårdaren, utveckla förtroende är en förutsättning för att kunna dela med sig av sitt lidande. En **negativ attityd** innebär en upplevelse av att inte bli tagen på allvar, att vara mindre viktig och hopplös. Den negativa attityden hör ihop med negativt bemötande och har

liknande innehåll. Enligt Lindström (1994) handlar att möta en annan människa om att erkänna varandras identitet, våga vidga sina jaggränser och att ge och ta i ett ingenmansland.

Stigma innebär upplevelsen av att vara stämplad efter ett självmordsförsök, vilket är vanligt. Vårdpersonalens negativa attityder och undvikande eller förminskande beteende leder till stigma. Rädsla för stigma beskrivs som orsak till varför en del undviker att söka hjälp fast de mår dåligt. Känslor av **skam och skuld** kan finnas i patienten redan innan mötet med vårdpersonalen. Vårdarens bemötande och attityder kan antingen öka känslan av skam eller ta bort skammen genom att bekräfta att det var bra att patienten sökte hjälp. Om man upplever att andra lever ett så fantastiskt liv och man inte själv når upp till det som kan nämnas i t ex sociala medier ökar skammen. Enligt Nyberg (2017) döljer många människor hur de egentligen mår och då är det större risk att känna sig utanför.

7.2 Metoddiskussion och kritisk granskning

Enligt Henricson (2012, s.472, 492) bör man i en metoddiskussion vid studier med litteraturoversikt diskutera design, urval och datainsamling, dataanalys samt det etiska övervägandet.

Studiens design innebär enligt Henricson (2012, s.335) granskning av valet av induktiv metod. I min studie valde jag induktiv metod därför att jag har utgått från innehållet i texten.

Enligt Henricson (2012, s.335) kan urvalet av dokument och källor göras utifrån lämplighet för de syften och frågor som skall besvaras. För att öka innehållsvaliditeten och bekräftelsebarheten i det litteraturbaserade examensarbetet är det väsentligt att redogöra för vilka urvalskriterier som använts (Henricson, 2012, s.489) Urvalet består av de vetenskapliga artiklar som tagits med i studien. Jag har valt att ta med endast fulltext, referentgranskade, lätt tillgängliga och engelska artiklar. Jag hade tidsbrist och skickade inte efter artiklar utan använde mig av dem som fanns lätt att få genom sökning i databaser. En studie tog jag med trots den var en litteraturoversikt för att jag ville ha med den på grund av innehållet, den bidrog med svar på frågeställningarna och syftet. Kvalitativa intervjuer eller narrativ analys – berättelser (Henricson, 2012, s.238–239) är andra datainsamlingsmetoder som jag tror kunde ge liknande resultat som i denna studie.

Henricson (2012, s.488) menar att studiens trovärdighet avgörs om resultaten av dataanalysen kan generaliseras. I min dataanalys har jag använt mig av kvalitativ innehållsanalys och fått kategorier ur materialet som svarar på frågeställningarna och

studiens syfte. Om det skulle gå att upprepa och få samma resultat? Jag tror att resultatet skulle vara liknande men knappast helt likadant. Mina val och formuleringar har varit mina, text har översatts från engelska till svenska. Jag har en viss förståelse för ämnet och det kan ha påverkat mina val då jag gjort innehållsanalysen av artiklarna.

Etiska överväganden betyder enligt Henricson (2012, s. 492) att man ökar det vetenskapliga värdet på studien väsentligt om man har med endast artiklar som har tillstånd från etisk kommitté. Av artiklarna som använts i min studie är det klart och tydligt skrivet i 4 av 12 artiklar att en etisk kommitté godkänt studien. Det nämns i artiklarna att deltagarna frågats och har rätt att avbryta intervjuer, i en del nämns specifikt att patienterna inte har varit psykotiska under intervjuerna.

7.3 Slutledningar

Studiens syfte är att öka förståelsen hos vårdare på somatisk avdelning för den suicidala patienten genom att beskriva den suicidala patientens upplevelser av bemötandet i vården och svara på frågeställningarna.

Att bli sedd som en unik människa och att tillsammans med vårdare/läkare hitta individuella val och lösningar i sin situation är viktigt för den självmordsbenägna patienten. Det här hjälper patienten som är speciellt sårbar i första mötet på sjukhuset och vill höra att det var ett bra val att söka hjälp och komma till sjukhuset. Trygghetskänslan ökar då bemötandet är gott. Optimistisk och icke-dömande attityd minskar skamkänslan och patienterna är mycket lyhörda för kroppsspråk och verbala uttryck. Individuella situationen och måendet kommer fram i svaren om behovet och den egna inställningen till fortsatta vården. Det finns ambivalens i svaren. En del beskriver att det känns bra att någon annan tar över och bestämmer och försöker övertala till avdelningsvård. En del beskriver att det känns bra då vårdpersonal litar på patientens egen förmåga till beslut och eget ansvar. Delaktighet i information och beslut upplevs viktigt. Trygghet ger en vårdare som är intresserad av patientens berättelse, lyssnar och ser. Anhöriga och vänners delaktighet lyftes fram som positiv upplevelse men också upplevelse av att inte vilja oroa sina egna och svårigheter att dela det svåra med sina egna.

I flera studier kommer det fram upplevelser av förminskande och stigmatiserande attityd hos personalen som försvårande faktorer. Rädsla för stigmatisering eller förminskande attityd, att inte bli tagen på allvar gjorde att en del patienter upplevde det svårt att söka hjälp. Skamkänslor som patienter har av självmordstankar eller efter självmordsförsök gör dem

extra känsliga för vårdarens attityd och kroppsspråk samt för verbala uttryck som tolkas negativa och förminskande. Tidsbrist och bristande resurser kom fram i några studier. I de flesta studierna kom det fram upplevelse av skam och att patientens lidande inte togs på allvar, antingen genom förminskning eller stigmatisering. Vårdares ytliga svar och ointresse för det unika och individuella i patientens livssituation är negativa upplevelser för patienten. Ett undvikande beteende hos vårdaren försvårade också situationen.

Jag hoppas att arbetet kan bidra med ökad förståelse för faktorer som påverkar upplevelsen av vården för den suicidala patienten. Som Wahlbeck säger finns det problem inom hälsovården och man vågar inte prata öppet om självmordstankar och destruktivt beteende och självmord. Många som begått självmord har varit i kontakt med hälsovården utan att få hjälp. Jag vill genom det här arbetet bidra och det skulle vara ett intressant forskningsområde att fråga genom att intervjua vårdare inom olika områden inom vårdsektorn om deras erfarenheter och upplevelser av möten med självmordsbenägna patienter.

Källförteckning

Achté K et al (1989). *Suomalainen itsemurha*. Helsinki: Yliopistopaino.

Bergmans, Y., Brown, A.L. & Carruthers, A.S.H. *Curr Psychiatry Rep* (2007) 9: 74.
<https://doi.org/10.1007/s11920-007-0013-y>. 18.11.2018 Springer Link.

Beskow J.(2000). *Självmod och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.

Cardell, R., Rogers Pitula, C. (1999). Suicidal Inpatients' Perceptions of Therapeutic and Nontherapeutic Aspects of Constant Observation. *Psychiatric Services*, vol 50; 1066-1070.
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/ps.50.8.1066>. 18.11.2018 Finna, PubMed.

Dadasev, S., Skruibis, P., Gailienė, D., Latakienė, J., & Grizas, A. (2016). Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania. *Death Studies*, 40(8), 507-512. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1184725>. 18.11.2018 Academic Search Elite.

Eriksson, C.(2017). *Aldrig ensam*. Falun: Lava Förlag.

Finland toppar statistiken på självmord i Norden. *Vasabladet*, 27.7.2018,s. 12.

Forsberg C & Wengström Y.(2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Tredje utgåvan. Stockholm: Natur & Kultur.

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjemeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International journal of qualitative studies on health and well-being*,13(1), 1461514. 15.11.2018 Finna, PubMed.

Hakanen, J & Upanne, M. (1999). *Itsemurhien ehkäisy käytännöt Suomessa. Itsemurhien seuranta ja arviointi*. Stakes. Raportteja 228. Helsinki.

Henricson, M.(2013). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992. <https://finlex.fi>.

Lindström, U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber utbildning.

May, R. (1976). *Vårdhandlingen mötet*. I verket av Lindström, U (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber utbildning.

Mentalvårdsdag 1990/1116. <https://finlex.fi>

M1 Observationsremiss om person föreslås bli intagen för psykiatrisk sjukhusvård oberoende av sin vilja. Blankett fastställd av social- och hälsovårdsministeriet. 01.12.2018
https://stm.fi/documents/1271139/11036728/Tarkkailulahete_M1_final_SWE_22122015.pdf/02a1e6e2-4113-b5da-9bfe-d811b5e4afab/Tarkkailulahete_M1_final_SWE_22122015.pdf.pdf

Neilson, E. K., Mar, M. Y., Torchalla, I., Werker, G. R., Laing, A., & Krausz, M. (2014). Help-Seeking Experiences of Youth with Suicidal Ideations. *Journal of Patient Experience*, 1(2), 22-27. 15.11.2018 Finna

Nyberg, U.(2013). *Konsten att rädda liv – om att förebygga självmord*. Stockholm: Natur & Kultur.

”När min syster tog livet av sig stannade livet upp”. *Vasabladet*, 11.9.2018,s.11

Ottosson, J-O.(2005).*Psykiatrisk etik*. Stockholm: Liber.

Pirkola, S. & Sohlman, B. (2005). *Mielenterveysatlas – tunnuslukuja Suomesta. Psykisk hälsa i Finland – nyckeltal från Finland. Atlas of mental health – statistics from Finland*. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rehnsfeldt, A .(2010). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. I verket Wiklund Gustin, L et al. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Studentlitteratur.

Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Personal Stigma in Suicide Attempters. *Death Studies*, 39(10), 592-599.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1037972>. 18.11.2018 Academic Search Elite

Ringskog Vagnhammar, S. & Wasserman D.(2017). *Första hjälpen vid självmordsrisk*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Schlimme, J. E. (2013). Sense of self-determination and the suicidal experience. A phenomenological approach. *Med Health Care and Philos.* 16:211-223. 18.11.2018 Springer Link

Siv, H. B., Rortveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: A systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17 doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>. 15.11.2018 Finna.

Själv mord kan förebyggas. Ett mål- och åtgärdsprogram för självmordsprevention. (1993). STAKES. Forsknings- och utvecklingsenheten för social- och hälsovården. Helsingfors: Tryckericentral Ab.

Statistikcentralen:

Antalet självmord minskade ytterligare år 2015

http://www.stat.fi/til/kysyyt/2015_2015_2016-12-30-tie_001_sv.html. 4.11.18

Själv mord efter ålder, år och kön.

http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/sv/StatFin/StatFin_ter_ksytt/statfin_ksytt_pxt_008.px#_ga=2.9671925.1735551058.1541328357-1261142253.1541328357 4.11.18

Social- och hälsoministeriet finansierar rekommendationer för god medicinsk praxis för förebyggande av självmord. Social- och hälsoministeriet.13.12.2017 13.43 I Publicerad på svenska 14.12.2017 kl.15.59. PRESSMEDDELANDE 184/2017 https://stm.fi/sv/artikeln/-/asset_publisher/stm-rahoittaa-kaypa-hoito-suositusta-itsemurhien-ehkaisyyyn. 18.10.2018

Solin,P & Partonen T.(2017).*Tunnista itsemurhan vaara! Itsemurhavaaran tunnistaminen ja sanallistaminen vastaanotolla.* NÄIN HOIDAN. Duodecim 2017;133:1405-10. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13830>. 21.10.2018

Talseth, A.-G., Gilje, F., Norberg, A. (2003). Struggling to Become Ready for Consolation: experiences of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 10(6), 614-623. 15.11.2018 Finna.

Uusitalo, T.(2007). *Yli mahdolloman. Itsemurha ja läheinen*. Helsinki: Edita.

Vatne, M., & Nåden, D. (2016). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*,0969733016658794. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016658794>. 15.11.2018 Finna.

Vatne, M.; Nåden, D. Finally, it became too much – experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [s. I.], v. 26, n. 2, p. 304-312, 2012. Disponivelem: <http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=75179871&site=ehost-live>. Acesso em: 15 nov. 2018. 15.11 2018 Finna, Academic Search Elite.

Vähäkylä, L.(2006). *Hoidossa vai heitteillä? Mielenterveyspotilaana Suomessa*. Hämeenlinna: Minerva Kustannus Oy.

Wiklander M; Samuelsson M; Åsberg M. Shame reactions after suicide attempt. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [s. I], v. 17, n.3, p.. 293-300. Disponivel em: <http://ezproxy.novia.fi:2052/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106708409&site=ehost-live>. Acesso em: 18 nov. 2018. 18.11.2018 CINAHL with Full Text (Ebsco).

Bilaga 1: Sökschema över artiklar

Databas Datum	Sökning	Antal träffar	Granskade	Urval
Finna 14.11.2018	Suicidal patient Experience	8685	100	7
CINAHL with Full Text (Ebsco) 18.11.2018	Suicide AND Patient AND Experience	46	46	1
Academic Search Elite 18.11.2018	Suicidal AND Patient AND Experience	122	122	2
Springer Link 18.11.2018	Suicidal patient experience	13135	20	2

Bilaga 2: Översikt (resumé) av analyserad litteratur

Författare:	Titel:	Syfte:	Metod:	Resultat:
Tidskrift:			Urval:	
Årtal:				
Berg, S et al BMC Health Services Research 2017	Suicidal patients' experience s regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies.	Att öka förståelsen av trygghetsbehov hos suicidala patienten	Systematisk litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys 20st artiklar	Patienterna beskrev trygghet som att "känna sig trygg", 3 centrala delar: sammanhang, skydd och kontroll.
Bergmans, Y et al Current Psychiatry Reports 2007	Advances in Crisis Management of the Suicidal Patients: Perspectives from Patients.	Att öka vårdarens förståelse för den suicidala patientens upplevelse.	Två patienter delar med av sina egna upplevelser av suicidalitet.	Patienter behöver förståelse för sin plåga och att vårdaren försöker sitt bästa att försöka förstå denna plåga och tillsammans hitta lösning.
Cardell, R et al Psychiatric Services 1999	Suicidal Inpatients' Perceptions of Therapeutic and Nontherapeutic Aspects of Constant Observation.	Att ta reda på om patienter som varit under ständig observation haft någon annan nytta av vårdarens närvaro än	Kvalitativa intervjuer med 20 suicidala patienter som varit under ständig observation i psykiatrisk vård.	Vårdarens attityd som är med suicidala patienten under ständig observation påverkar upplevelsen hos patienten

		trygghetsaspek t.		
Dadasev, S et al Death Studies 2016	Too strong? Barriers from getting support before a suicide attempt in Lithuania.	Studiens syfte var att försöka förstå vad som påverkar strävan att söka hjälp före ett självordförsök.	Kvalitativa semi- strukturerade intervjuer och innehållsanaly s. 21 deltagare som vårdas på avdelning efter suicidförsök.	Resultat från intervjuer visar på starkt undvikande att söka hjälp på grund av misstro mot andra, tanken om att själv måste lösa sina problem, undvika att bekymra andra osv.
Hagen, J et al Internationa l Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being 2018	Former suicidal inpatients' experien ces of treatment and care in psychiatric wards in Norway.	Att undersöka hur patienter som tidigare vårdats på grund av suicidalitet på psykiatrisk avdelning I Norge upplevt vården.	Kvalitativa intervjuer som analyserats genom fenomenolog- isk tolknings- metod. 5st personer som tidigare varit patienter.	Mera individuell vård önskades av patienterna.
Neilson, E et al Journal of Patient Experience	Help-Seeking Experiences of Youth with Suicidal Ideations.	Att undersöka patienters upplevelse av mentalvård hos unga med ångest eller	Djupintervju med 23 unga (ålder 16-24) Analyserats med	Upplevelser mest positiva då patienter inte känt sig avvisade eller stigma-tiserade. Viktiga faktorer:

2014		depressions- symtom och tidigare självmonds- tankar.	fenomeno- logisk tolkningsmeto d	respekt, bekräftelse, information och val- möjlighet.
Rimkevici- ene, J et al Death Studies 2015	Personal Stigma in Suicide Attempters.	Att undersöka de som försökt ta sitt livs upplevelse av stigma.	Semi- strukturerade intervjuer med 8 personer som har försökt ta sitt liv. Kvalitativ innehålls- analys.	Resulterade i 4 teman: allvar, omsorg/ vård (care), dålighet (badness), undvikande. Upplevelsen av stigma genomsyrade allt.
Schlimme, J Medicine, health care, and philosophy 2011	Sense of self- determination and the suicidal experience. A phenomenological approach.	Beskriva omfattningen av det upplevda självbestäm- n-det vid suicidalitet ur fenomenologis- kt perspektiv för etiska debatter, vårdsituationer , patienter och anhöriga.	Fenomeno- logisk metod Beskrivning av begrepp	Suicidaliten är inte helt självstyrd eller styrd av utifrån kommande faktorer. Självbestämman det finns med åtminstone som en minimal känsla.
Talseth, A et al	Struggling to Become Ready for Consolation:	Beskriva "trösteprocess- en" genom två suicidala	Fenomeno- logisk hermeneutisk metod	Huvudtema: Kämpa för att bli redo att låta sig tröstas.5 teman:

Nursing Ethics 2003	experiences of suicidal patients.	patienters upplevelser	inspirerad av filosofen Ricoeur. Narrativa intervjuer med 2 suicidala patienter Kvalitativ innehålls-analys	längtan efter närhet, längtan efter ett sammanhang (desiring connectedness), kämpa för att öppna upp en inre dialog, bryta ut i en yttre dialog, frigöra den inre och yttre dialogen (liberating inner and outer dialogue)
Vatne, M et al Nursing Ethics 2014	Patients' experience in the aftermath of suicidal crises.	Utforska suicidala patientens upplevelser av motet med vårdpersonal.	Hermeneutisk metod enligt Gadamer, semi-strukturerade intervjuer, kvalitativ innehålls-analys 10deltagare	3 teman: Att uppleva eller inte uppleva öppenhet och pålitlighet. Att bli bekräftad/mött eller inte av den som ta hand om en. Att bli bemött som jämlik eller förnedrad.
Vatne, M et al	Finally, it became too much –	Utforska upplevelser	Hermeneutisk metod	5 teman:

<p>Scandinavian Journal of Caring Science</p> <p>2012</p>	<p>experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide.</p>	<p>hos patienter efter suicidkris eller ett nyligt självmordsförsök.</p>	<p>enligt Gadamer, semi-strukturerade intervjuer, kvalitativ innehållsanalys</p> <p>10deltagare</p>	<p>”Tappa kontakt med världen”</p> <p>”Relationen mellan suicidförsöket och livshistorian”</p> <p>”Kampen mellan liv och död”</p> <p>”En öppen dörr som tröst”</p> <p>”Känna skuld och skam”</p>
<p>Wiklander, M et al</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>2003</p>	<p>Shame reactions after suicide attempt.</p>	<p>Beskriva data om känsla av skam i vården hos patienter efter självmordsförsök</p>	<p>Semi-strukturerade inbandade intervjuer</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p> <p>I första skedet: 18 personer (6kvinnor, 12män)</p> <p>I andra skedet: 13 personer (5kvinnor, 8män)</p>	<p>Känslor av skam följs ofta av impulser att vilja gömma sig eller fly, rädsla att söka hjälp, impulser att lämna sjukhuset.</p> <p>Det första mötet på sjukhuset med personal där känns svårt.</p>

Bilaga 3: Lästips

Att förebygga självmord – ett stödmaterial för primärvården. Psykiska sjukdomar och beteendestörningar. Avdelningen för psykisk hälsa. WHO. Geneve.(2000). 24.1.2016.
<https://ki.se/sites/default/files/who-primarvarden-stodmaterial.pdf>.

Brenner, E., Rydell, P., Skoog, I. (2016) *Akut psykiatri*. Studentlitteratur: Lund.

Eriksson, C.(2017). *Aldrig ensam*. Falun: Lava Förlag.

Forsström, S; Franski, R; Tamminen, S.(2007). *Surunauhalla sidotut: läheisen itsemurha ja vertaistuki*. Helsinki: WSOY.

Hagman, S.(2007). *Pappa tog sitt liv: om att gå vidare när det ofattbara händer*. Stockholm: Santerus.

Heberlein, A.(2009). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Weyler.

Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B., Jorm, A. (2006). *Handbok i psykiska första hjälpen*. Österbotten-projektet. Vasa sjukvårdsdistrikt. Föreningen för Mental Hälsa i Finland. Ykkös-Offset Oy.

Itsemurhasta on turvallista puhua – esite. Mieli. Suomen Mielenterveysseura.
https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/itsemurha_esite.pdf.
8.2.2018

Kubler-Ross, E.(2003). *Döden är livsviktig. Om livet, döden och livet efter döden*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lindman, A.(2014). *Den där jävla döden. Vi skall alla dö så vi kan lika gärna prata om det*. Falun: Forum bokförlag.

Minati, P.(2016). *Vem som helst men inte Magdalena*. Idus förlag.

Nock, M. (2013). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press.

Nyberg, Ullakarin. (2018). *Suicidprevention i praktiken*. Stockholm: Natur & Kultur.

Näse, L. & Bruun P.(2011). *Som om jag var någons skuggsida – en flickas historia*. Söderströms.

Rolfner Suvanto, S.(2018). *Psykisk ohälsa hos äldre*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB

Runeson, B., Salander Renberg, E., Westrin, Å., Wern, M. (2012). *Den suicidnära patienten. Värdering och hantering av suicidrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Vuori, K. & Pulkkinen, J.(2014). *Kourallinen tabuja – kertomuksia itsemurhasta*. Atena.

Bilaga 4: Föreningar och övrigt stöd för självmordsbenägna och deras anhöriga

Finfami Österbotten

Församlingars kristelefon

Horisontti

Kriscenter Valo

Psykosociala förbundet

Psykporten

Psykporten för unga

Suicide Zero Finland, <https://www.suicidezero.fi>

Suomen Mielenterveysseura, <https://www.mielenterveysseura.fi>

SURUNAUHA – itsemurhan tehneiden läheiset ry

Svenska Österbottens anhörigförening

Vasa centralsjukhus, dejourerande psykiatrisk sjukskötare 24h

Bilaga 5: Känn igen risk för självmord! (Tunnista itsemurhan vaara!)

A. Ta reda på:

- Tidigare självmordsförsök
- Självdestruktiva tankars frekvens, längd och styrka
- Förmåga att kontrollera självmordstankar
- Självmordsplan, metod och genomförbarhet, dödlighet
- Förberedelser så som avskedsbrev eller att ge bort egendom osv
- Nuvarande stressande faktorer
- Egen upplevelse av frånvaro av skyddande faktorer
- Social isolering
- Finns det ett stödjande nätverk?
- Nuvarande psykiatrisk eller somatisk vård

B. Stor risk för självmord. Risken ökar med mängden kriterier som uppfylls:

- Patienten pratar, skriver eller ritar sin vilja att dö
- Patienten söker metoder att ta sitt liv
- Patienten känner sig misslyckad, hopplös eller meningslös
- Patienten känner sig i en återvändsgränd eller känner olidlig smärta eller skam
- Patienten känner sig som en börda åt andra eller känner att han orsakar skam för andra
- Patienten ökar användningen av alkohol, tobak eller mediciner
- Patienten uppför sig ångestfyllt, agiterat eller oroligt
- Patienten sover för lite eller för mycket
- Patienten sköter inte sitt yttre eller sitt välmående
- Patienten drar sig tillbaka eller känner sig distanserad till andra människor
- Patienten uttrycker ilska/vrede eller känner hämndlystnad
- Patienten rör sig emotionellt mellan ytterligheter

C. Varningssignaler att lägga märke till under samtalet

- Undviker patienten ögonkontakt?
- Är patienten ovillig att svara på frågor?
- Svarar patienten flera gånger: "jag vet inte" på ställda frågor?
- Verkar patienten arg, nervös eller känslomässigt frånvarande?
- Är patienten till synes lugn, det kan vara ett tecken på att ett beslut redan tagits

D. Att kommunicera med en suicidal patient

Sträva till:

- Koncentrera dig på att lyssna och vara lugn
- Visa patienten att du tar situationen på allvar
- Vara empatisk, förstå patientens känslor och fokusera på dem
- Vara ärlig och äkta
- Visa med miner och gester att du accepterar och respekterar patienten
- Lyfta fram att du respekterar patientens åsikter och värden

Undvik:

- Att se förbi/nonchalera
- Att avbryta patienten
- Att visa att du är chockad eller andra starka känslor
- Brådska
- Omhändertagande attityd
- Nyfikna frågor eller otydliga kommentarer
- Många frågor på en gång

E. 6 grundfrågor för vårdplan

Sök svar på frågorna av patienten:

- Vilka är orsaker och mål bakom självdestruktiviteten?
- Vilka omedelbara eller långvariga problem finns?
- Finns det psykiska problem?
- Hur allvarlig och återkommande strävan att vilja dö?
- Vilken hjälp skulle just nu vara lämplig?
- Är patienten beredd att ta emot hjälp?

Källa: Tunnista itsemurhan vaara! Itsemurhavaaran tunnistaminen ja sanallistaminen vastaanotolla. Pia Solin ja Timo Partonen. NÄIN HOIDAN. Duodecim 2017; 133:1405–10. Fri översättning från finska till svenska.