



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

MAGISTERUPPSATS

Specialistsjuksköterske utbildning med inriktning mot psykiatrisk vård 60 h



Sjuksköterskans upplevelse av arbetet med
suicidala patienter inom psykiatrisk heldygnsvård.

Mikael Axelsson, Patrik Bång och Snezana Thorell

Examensarbete inom omvårdnad -inriktning mot psykiatriskvård 15 hp

Halmstad 2014-05-27

Sjuksköterskans upplevelse av arbetet med suicidala patienter inom psykiatrisk heldygnsvård.

Författare: Mikael Axelsson

Patrik Bång

Snezana Thorell

Examensarbete inom Omvårdnad – Avancerad nivå - inriktning
mot psykiatrisk vård 15 hp

Titel	Sjuksköterskans upplevelse av arbetet med suicidala patienter inom psykiatrisk heldygnsvård.
Författare	Mikael Axelsson, Patrik Bång och Snezana Thorell
Sektion	Sektionen Hälsa och Samhälle, Halmstad Högskola Box 823, 301 18 Halmstad, Sverige
Handledare	Ingela Skärsäter, Professor
Examinator	Patrik Dahlqvist-Jönsson, Klinisk lektor
Tid	Vårtermin 2014
Sidantal	21
Nyckelord	sjuksköterska, patientsäkerhet, suicidförsök

Sammanfattning

800 000 människor runt om i världen, beräknas avsluta sitt liv 2014. I de flesta fall, är den bakomliggande förklaringen, psykiatrisk. Depression och missbruk hör till de vanligaste orsakerna till suicidförsök eller fullbordat suicid, och i många fall har den suicidala patienten haft kontakt med psykiatrin kort innan suicidförsöket. Att arbeta med suicidbenägna patienter kräver specialiserad kunskap inom psykiatrisk omvårdvårdnad, och goda kunskaper kring det preventiva arbetet inom slutenvården. Syftet med studien var att utforska sjuksköterskans upplevelser kring preventionsarbetet med suicidbenägna patienter inom slutenvården. Studien är en kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk ansats. Resultatet visar att det oftast är svårt att avgöra vad som orsakar ett suicidförsök, men att det alltid skapar funderingar kring den egna kompetensen, om vad man som ansvarig

sjuusköterska missat och vad man
kunnat göra bättre. Det är viktigt att
ventilera och bearbeta ett suicidförsök
eller suicid, för att bibehålla ett korrekt
förhållningssätt och synen på sitt arbete.

Title	Nurse experience of working with suicidal patients in inpatient-wards
Author	Mikael Axelsson, Patrik Bång and Snezana Thorell
Department	Department of Health and Social Studies, Halmstad Högskola Box 823, 301 18 Halmstad, Sverige
Supervisor	Ingela Skärsäter, Professor
Examiner	Patrik Dahlqvist, Senior lecturer
Period	Spring-term 2014
Pages	21
Key words	nurse, patient safety, suicide attempted

Abstract

Approximately 800 000 people around the world, are calculated to commit suicide in 2014. In most cases, the underlying explanation is psychiatric disorders. Depression and substance-use are the most common causes of suicide-attempts or completed suicide, and in many cases the suicidal patient has been in contact with psychiatric services short before the suicide-attempt. Dealing with suicidal patients in daily work demands specialized knowledge in psychiatric care, and also good knowledge concerning prevention-work in inpatient wards. The purpose of this study was to explore the nurses' experiences in prevention-work concerning suicidal patients in inpatient wards. The study was a qualitative interview-study with a phenomenological approach. Results show that it is often hard to decide what causes suicide, but that being confronted with suicidal patients creates concerns about one's own competence, about what the nurse might have missed and what could have been done in a better way. It is of importance to

ventilate and process the experience of a suicide attempt or completed suicide, to maintain a correct approach and view of one's own work as a nurse.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Suicid som fenomen.....	1
Arbetet med patientsäkerhet och suicidnära patienter.....	3
Sjuksköterskans uppgift och funktion.....	5
Syfte.....	6
Metod	7
Design och metod analys.....	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Analys.....	9
Etiska övervägande	9
Resultat	9
Före en suicidhandling	10
Att förstå	11
Att lita på sin intuition	11
Att ha beredskap	11
Under en suicidhandling	12
Att utvecklas genom kris	12
Att bibehålla lugn	12
Efter en suicidhandling	13
Att ifrågasätta och acceptera	13
Att hantera känslor	14
Att ventilera och bearbeta	14
Patientsäkerhet kring suicidhandlingar	14
Att skapa hinder genom trygghet	15
Att skapa trygghet för personalen	15
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion	20

Implikation.....	21
Inledning.....	1
Bakgrund.....	1

Referenser

No table of contents entries found.

Inledning

Varje suicid eller suicidförsök som genomförs i Sverige måste ses som ett misslyckande för samhället. Om patienten har kontakt med hälso- och sjukvården kan personal också uppleva ett misslyckande utifrån frågor och beaktande kring om tillräcklig vård och behandling har genomförts för att hindra suicid eller suicidförsök. Denna uppsats fokuserar på sjuksköterskans upplevelse kring preventionsarbete med suicidbenägna patienter inom psykiatrisk heldygnsvård.

Två procent av alla dödsfall i Sverige är suicid. Suicid är vanligaste dödsorsaken hos yngre män samt näst vanligaste hos yngre kvinnor. Det som även skiljer könen åt är att bland självmord som förekommer i glesbygden är det fler män medan det i tätorter är fler kvinnor som begår suicid. Personer som begår suicid har i de flesta fall en psykiatrisk sjukdom diagnostiserad. De psykiatriska diagnoser som dominerar bland de personer som begår suicid är depression och missbruk. Vanliga sätt att personer begår suicid är genom förgiftning och hängning (Ottoosson & Ottoosson, 2007).

Personer som begår suicid i samband med att de vårdas på slutenpsykiatriskvård gör det oftast inte på själva vårdavdelningen utan det sker för det mesta i samband med vistelse utanför avdelningen, det kan då handla om att personen är på permission. Det vården kan göra för att undvika detta är att ha rutiner såsom riskbedömning och övervakning när det krävs, samt plocka bort saker på avdelningen som kan användas i suicidsyfte. Det är viktigt att efter ett suicid samla personal gruppen och gå igenom händelsen för att kunna dra lärdomar av det (Ottoosson & Ottoosson, 2007).

Finns det signaler på att en människa vill begå suicid är det viktigt att först göra en riskbedömning. Det handlar om att gå igenom riskfaktorer hos personen. Det är sedan viktigt att inleda samtal med patienten för att få en uppfattning om personens tankar och känslor där ökad risk föreligger om patienten är okoncentrerad, ångestfylld och förtvivlad. Nästa steg är att fråga rakt ut om personen har planer eller tankar på att begå suicid, om personen svarar på ja på det, fråga utförligare som när och hur. Stäm sedan av bedömningen med personen och bekräftar personen detta, stöd och hjälp personen att uppsöka en psykiatrisk akutmottagning. Har personen berättat om sina tankar och planer är det en del av personen hjälpsökande (Ringskog Vagnhammar & Wasserman, 2010).

Bakgrund

Suicid som fenomen

Med suicid menas en allvarlig och medveten handling som resulterat i att individen som vållat sig skadan, dött. Ett suicid försök, är en strävan efter att avsluta sitt liv, men att skadan inte får dödlig utgång. Termerna suicid och suicidförsök kan båda sammanfattas under begreppet suicidalt beteende, vilket även omfattar personer som försöker vålla sig skada där avsikten att dö, inte är given (Barlow, 2008 ;Beskow, Palm-Beskow & Ehnwall, 2005). Suicidbenägenhet beskriver personer som styrs av impulser, avsikter och planer på att ta sitt liv, där utgången inte nödvändigtvis är

fullbordat suicid. Att vara suicidal innebär att befinna sig i en process där en persons livsvilja ifrågasätts, och tankar på att fly livet grundar en plan, som i värsta möjliga scenario aktualiseras (Beskow et al., 2005).

Var 3:e sekund försöker en människa att avsluta sitt liv någonstans i världen och 800 000 beräknas suicidera. Antalet suicidförsök är inte känt men det uppskattas vara 20 % fler suicidförsök, än antalet fullbordade suicid. I Sverige försökte ungefär 11 110 personer att avsluta sitt liv år 2008. På varje fullbordat suicid, förekommer det cirka tio kända suicidförsök. Personer i åldern 45-64 år, begår flest suicid.

Fullbordade suicid är vanligast bland män, männen står för 70% av alla suicid (Beskow et al., 2005; Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010 & Ottosson & Ottosson, 2007). Anledningen till att männen dominerar bland suicid är att de ofta använder brutala metoder för att avsluta sitt liv, såsom hängning och skjutning. Suicid hos kvinnor sker oftast genom läkemedelsförgiftningar, medan suicid försöken domineras av kvinnor (Ottosson & Ottosson, 2007).

Suicidförsök och fullbordade suicid är ett stort samhällsproblem. Redan på 1960-talet var suicidsiffran hög. Då tog mellan 1500 och 1600 personer sitt liv årligen. Detta kan jämföras med att det på 1960 talet i trafiken dog ungefär lika många. Tack vare en bra trafik prevention, är den siffran idag mellan 500-600 per år (Beskow et al., 2005 & Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010). Jämfört med nutid är det cirka 1500 personer som genomför fullbordade suicid (Ottosson & Ottosson, 2007).

När det gäller fullbordade suicid och suicidförsök finns ett mörkertal som aldrig blir känt det kan handla om olyckor såsom trafikolyckor utan naturliga förklaringar (Burns & Firn, 2005 & Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010).

Nästan alla suicid har en bakomliggande psykiatrisk förklaring, och en stor procent av dem som tagit sitt liv, har kort innan dess haft kontakt med psykiatrin på ett eller annat sätt (Ramberg & Wasserman, 2012 & Socialstyrelsen, 2003). Depression, missbruk eller diagnos schizofreni, är de vanligaste orsakerna till suicidförsök och fullbordade suicid.. Suicidhandlingar kan även ha en ärftlig komponent i form av psykiatriska diagnoser, eller ett inlärt suicidalt beteende, så som efter en anhörigs suicid vilken kan idealiseras (Socialstyrelsen, 2003).

Enligt Region Hallands "Vårdriktlinjer för Suicidprevention i vuxenpsykiatri" (2012), ingår riskfaktorer som ska vägas in i en riskbedömning av en suicidal patient.

Riskfaktorerna är följande: Manligt kön, ålder över 65, skrivet avskedsbrev, missbruk, arbetslöshet, kränkningar, nyligen påbörjad eller ökad antidepressiv medicinering, snabbt tillfrisknande, krisreaktion, hereditet, somatisk/kronisk sjukdom, kroppslig/psykisk nedsatt funktion, ekonomiskt kaos, ensamhet och bristande impuls kontroll.

Enligt Ottosson och Ottosson (2007) finns stora skillnader mellan personer som gör suicidförsök och personer som fullbordar suicid. Personer som lider av personlighetsstörningar och samtidigt har ett alkohol- eller läkemedelsmissbruk, tenderar att försöka att avsluta sitt liv. De använder sig oftast av läkemedels intoxer vid sina suicidförsök. Personlighetsstörningar som tillhör kluster B (Mini-d IV, 2002) I, histirionisk-, narcissistisk eller borderline personlighetsstörning) är den gruppen som är svårast att suicidriskbedöma och räknas till de grupper där suicidförsöken är kroniska. Flertalet av de personer som lyckas suicidera är personer där bakomliggande orsak är en svår psykiatrisk diagnos sås om paranoid eller affektiv schizofreni, depression och somatisk sjukdom (Ottosson, 2009).

Bland yngre kan det finnas en högre risk för suicid om någon i familjen begått suicid.

Fler riskfaktorer för den yngre är om den upplevt övergrepp eller är i konflikt med sin omgivning. Hos äldre löper män som förlorat sin maka ökad risk för att begå suicid. Ensamhet och fysiska nedsättningar som fysisk sjukdom är riskfaktorer för suicid hos äldre. Vissa somatiska sjukdomar innebär även risk för suicid blir förhöjd det kan exempel vara vissa neurologiska sjukdomar som ALS eller cancer (Runeson, Renberg-Salander, Westin & Waern, 2012).

Studier har visat att de personer som lyckas att ta sitt liv finns i både högre och lägre samhällsklass, medan suicidförsöken domineras ur det lägre samhällsskiktet (Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010). Suicidbenägna personer som tidigare gjort suicidförsök löper ökad risk för att senare i livet göra ett fullbordat suicid. Personer som gjort kraftiga suicidförsök som exempelvis hängning löpte ökad risk för att senare begå fullbordat suicid. Om en kraftig metod använts vid tidigare suicidförsök var det ofta denna som användes vid det fullbordade suicidet. Ökad risk råder även om personen som begått det kraftiga suicidförsöket haft en psykotisk eller affektiv diagnos. En riskfaktor för suicid är om man konsumerar alkohol och samtidigt lider av depression (a.a). Studier visar att 10 procent av de som försöker att ta sitt liv, kommer att lyckas suicidera (Barlow, 2008).

Arbetet med patientsäkerhet och suicidnära patienter

Att konfronteras med ordet "suicidal" har genom tiderna upplevts som ett hot, och genererar ett utvecklat säkerhetstänkande och säkerhetsbeteende hos vårdpersonal (Beskow et al., 2005). Sjukhusvård av suicidbenägna patienter innebär ofta risk för självförvållande skada, vilket gör det viktigt med en säker vårdmiljö. För att eliminera risker, bör den fysiska miljön på vårdavdelning säkerställas med hjälp av kontinuerlig genomgång och översyn av personal väl insatt i rutiner för den aktuella avdelningen. Att upptäcka brister i säkerheten är ett sätt att kvalitetssäkra miljön runt den suicidbenägna patienten (Runeson et al, 2012 & Ottosson & Ottosson, 2007). I den akuta vården av en patient som försökt ta sitt liv, måste den primära vården syfta till att bygga upp en god relation mellan vårdpersonal och patient och garantera patientens säkerhet med bland annat närvaro och olika grader av tillsyn. Att skapa trygghet och en god och säker miljö är en förutsättning för god vård. En suicidal patient är i behov av ständig uppsikt och bör inte lämnas ensam. Personalen bör kontinuerligt observera patienten och göra fortlöpande suicidbedömningar (Socialstyrelsen, 2010), samt skapa återkommande förtroendefulla samtal i syfte att stötta, motivera och bedöma patientens aktuella psykiska status (Region Halland, 2012). Bowers, Dack, Gul, Thomas & James (2010) menar att det är av största vikt att personalen är tillräckligt utbildad och kompetent och har goda kunskaper och är lyhörda för suicidalt beteende och annat avvikande på en vårdavdelning med suicidbenägna patienter.

Att någon gång tänka tanken att man vill avsluta sitt liv, räknas som överlevnadsmekanism. Från tanken på att ta sitt liv, till att genomföra det, är en process som tar fäste och utvecklas under en längre tid (Beskow, 2012). Öppna frågor om suicid ökar inte suicidbenägenhet hos patienten, utan är till hjälp för att patienten skall våga uttrycka sig. I kontakten med den suicidala personen möter vårdpersonalen sin egen rädsla, och synen på den egna suicidaliteten, döden och

livsproblematiken. I kontakten med den suicidala patienten konfronteras de egna värderingarna och attityderna i privat och i yrkesrollen som sjuksköterska (Beskow et al., 2005). Det har påvisats att personal kan ha en negativ attityd gentemot suicidala patienter. Detta kan medföra allvarliga konsekvenser så som mer lidande för patienter och i vissa fall "trigga igång" ett självskaðebeteende som i värsta fall kan leda till suicid (Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010). Attityder bland vårdpersonal kan förändras med hjälp av kontinuerlig handledning och utbildning kring suicidprevention, och att arbeta preventivt (a.a).

Det preventiva arbetet inom psykiatrin innebär att arbeta hälsofrämjande och förebyggande med en vetenskapligt förankrad och uppdaterad kunskap (Wiklund-Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010). Konstantt arbete med suicid nära patienter kräver fokusinriktad erfaren personal med stor empatisk förmåga, kunskap, lyhördhet och eftertanke. Det är viktigt med dagliga suicidriskbedömningar då den sortens bedömningar är färskvara och, endast gäller närmaste framtiden (Levander, Adler, Gefvert & Tuninger, 2009) och är en del av patientsäkerhetsarbetet.

Vården har som ansvar att ge suicidbenägna personer vare sig det är suicidala tankar, planer eller beteende en bra och säker vård. Likaså finns det ett ansvar att utbilda vårdpersonal som är i direkt kontakt med suicidbenägna personer. I

Psykiatrisamordningens Nationella strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiatriska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100) konstateras att psykisk ohälsa är en angelägenhet för alla sektorer i samhället och inte endast hälso och sjukvården. Det lyfts upp att det är viktigt att hela samhället tar ansvar för motverka utanförskap hos unga personer, vilket kan leda till att det blir det långvarigt utanförskap. Det kan leda till att resurserna till personerna med psykisk ohälsa inte räcker då risken är att belastningen kommer att öka på hälso och sjukvården (<http://www.riksdagen.se>).

Regeringen genomförde, mellan år 2005–2006, en ekonomisk satsning på psykiatri och socialtjänst vilken för psykiatrin bland annat innebar att man arbetade för att kvalitetsäkra vården på olika plan, genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (Socialstyrelsen, 2003). En god och säker vård förutsätter en noga utarbetad patientsäkerhet som inom ramen av slutna psykiatriska vård är en av de viktigaste aspekterna. Patientsäkerhet innebär att skydda patienten från att skadas eller skada sig själv under vårdtiden. Ett av de viktigaste målen för hälso- och sjukvården är att förbättra patientsäkerheten ur olika aspekter. En överenskommelse mellan Staten och Sveriges kommuner och Landsting, SKL styrker detta (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Patientsäkerhet inom psykiatrin innebär bedömningar av suicidrisk hos patienter av kompetent professionell personal, säker diagnostik, användning av vårdprogram samt systematisk samverkan mellan vårdgrannar för att undvika att patienten hamnar mellan stolarna. Vidare innebär det säker informationsöverföring, kontinuitet och dokumentation i upprättade vårdplaner (Socialstyrelsen, u.å.).

Patientsäkerhetskultur inom den psykiatriska slutenvården innebär ett förhållningssätt med riskmedvetenhet och inkluderar attityder och värderingar (Runeson, Renberg-Salander, Westin, & Waern, 2012). Att minska risker för självförvållande skador kan bland annat uppnås genom patientens delaktighet och medverkan, vilken i sin tur uppnås genom kommunikation (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Kommunikationen mellan vårdare och patient är central för

patientsäkerheten och bör präglas av ett empatiskt förhållningssätt och lyhördhet (Beskow et al., 2005). Eftersom alla fullbordade suicid skall anmälas enligt Lex Maria till Socialstyrelsen, så förutsätter det att verksamheter utreder alla suicidbenägna personer inom sjukhusets väggar, vare sig avsikten har varit i uppmärksamhets syfte, lindra sin ångest eller med avsikten att avsluta sitt liv (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2010), suiciderad emellan år 2006 och 2008 75 personer på olika vårdavdelningar i landet. Den 1 februari 2006 trädde en föreskrift i kraft som innebär att alla vårdgivare är skyldiga att anmäla alla suicid som sker i anslutning till kontakt med hälso- och sjukvården. Samtliga suicid och suicidförsök på vårdavdelning skall nogt dokumenteras i patientjournalen (Socialstyrelsen, 2003).

Sjuksköterskans uppgift och funktion

Det humanitära synsättet som återfinns inom omvårdnad ser varje människa som en unik individ, med en unik livsvärld. Genom att tillämpa olika sorters kunskap; etisk, empirisk, estetisk och personlig kan sjuksköterskan identifiera patientens behov och tillämpa sin kompetens (Wiklund-Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010).

Sjuksköterskans allmänna omvårdnadsuppgift är att lindra smärta och främja hälsa. Den allmänna omvårdnaden räknas som en behandling och ingår i hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter. Till den allmänna omvårdnaden inom psykiatrin, tillkommer särskild kompetens (Ottosson & Ottosson, 2007).

I Psykiatrisjuksköterskans profession ingår att tillvara ta de resurser patienten har, även att använda sina kunskaper inom bland annat omvårdnad. Psykiatrisjuksköterskan ska även dokumentera den planerade omvårdnaden samt utvärdera genomförda insatser. Vidare ska ett empatiskt förhållningssätt användas i mötet och att patienten får bra förutsättningar kring att fatta beslut om sin behandling. Psykiatrisjuksköterskan ska även arbeta kring att förbättra patientens möjligheter till egenvård samt motivera patienten till ändrad livsstil för att förebygga ohälsa (Psykiatriska riksföreningen & Svenska sjuksköterskeförening, 2014). Att en patient känner en känsla av sammanhang, KASAM (Ottosson & Ottosson, 2007) har av betydelse för hur patienten klarar pressade situationer. För att patienten ska klara detta krävs att patienten känner att livet har en meningsfull innebörd samt att det finns hjälp att få för klara kraven ifrån samhället (Svenska sjuksköterskeförening, 2008).

Sjuksköterskans uppgift är att arbeta utifrån vetenskapligt beprövad erfarenhet för att tillgodose och möta varje patients behov på bästa sätt. Vården skall ske på ett säkert, patientfokuserat sätt som innebär ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt och sträcker sig från att identifiera varningstecken och oförutsedda händelser, preventionsarbete interventioner till att motivera till en förändring (Socialstyrelsen, 2010). Kärnan i all sjukvård, är en god patient-vårdare relation som inger respekt och trygghet (Ottosson, 2009). Att skapa sig en klar och tydlig bild av patientens livssituation är den absolut viktigaste uppgiften sjuksköterskan har i mötet av en suicidal patient. Detta uppnås genom att möta patienten genom dennes kommunikation. Kommunikationen är inte alltid hörbar, vilket förutsätter att sjuksköterskan och övrig vårdpersonal behärskar kommunikationens olika tekniker såsom att lyssna efter det som hörs och inte hörs, och titta efter det som inte alltid syns, det tysta språket (Beskow et al., 2005). I det akuta mottagandet av en suicidal

patient, gör mottagande sjuksköterska suicidriskbedömning. Bortsett från en utförlig anamnes, skall suicidriskbedömningen grunda sig på kliniska bedömningar och ett samtalsunderlag med manualbaserade frågor om förekomsten av suicidtankar, suicidönskan, suicidplaner, suicidförberedelser, suicidavsikt samt aktuella och tidigare suicidförsök (Burns & Firn, 2005).

För vård vid depression och ångesttillstånd, rekommenderar Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom att strukturerade bedömningar av risk för självmordshandling, som efterföljs av fördjupade psykiatriska bedömningar av självmordshandling genomförs. Patienter med självmordsnära tillstånd, rekommenderas möjlighet till observation på psykiatrisk klinik (Socialstyrelsen, 2010). Vid misstanke om suicidbenägenhet skall även bedömningsinstrument och självskattningsskalor användas (a.a), exempelvis suicidstegen (Region Halland, 2009). För att identifiera om en person har självmordstankar eller planer är det viktigt att inte vara rädd att ställa känsliga frågor. Sjuksköterskan kan börja med att fråga om nedstämdhet för att slutligen fråga om suicidstankar och suicidplaner (a.a).

En person som har tankar på att begå suicidhandlingar sänder ofta ut svårtolkade signaler. För att kunna tolka dessa signaler är det viktigt att samtala med patientens anhöriga för att få mer ingående uppgifter. Det finns även riskfaktorer att hänsyn till vid bedömning av självmordsrisken exempelvis kön, psykiska sjukdomar och tidigare självmordsförsök. Patienter med hög suicidrisk är kriterier för att vårdas på en psykiatriskavdelning och omvårdnaden ska då inriktas på sömn, trygghet och skydd för patienten, så kallad suicidprevention (Ottosson, 2009). Hunt, Bickley, Windfuhr, Shaw & Appleby (2012) betonar i sin studie om vikten av att göra fortlöpande riskbedömningar de första dygnet, kring suicidbenägna patienter speciellt de som tidigare gjort en suicidal handling. De kallar dessa dygn för de kritiska dygnet och menar att det är en avgörande faktor i preventionsarbetet. Primär intervention innebär att få bort de bakgrundsfaktorer som påverkar processen till att försöka begå suicid.

Att arbeta med suicidal patienter är en komplex uppgift som kräver specifik kunskap och innebär ett stort ansvar. Psykiatrisjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal skall besitta kunskaper som mer eller mindre innebär att « vara ett steg före » den suicidbenägne patienten med respekt för dennes autonomi och integritet. Patientsäkerhetskultur omfattar preventivt arbete, attityder, säkerhetstänk och säkerhetsbeteende för att möjliggöra en hälsosam miljö runt patienten. Att arbeta patientsäkert säkerställer patientens möjligheter att få den vård hen är berättigad till, så som säker diagnos, professionella bedömningar, upprättade vårdplaner och säker informationsöverföring och samverkan. Den bästa av förutsättningar för att återfå hälsa.

SYFTE

Syftet med studien är att utforska sjuksköterskans upplevelser kring patientsäkerhetsarbetet med suicidbenägna patienter inom psykiatrisk slutenvård.

METOD

Design och metodanalys

Metoden var en kvalitativ pilotstudie med fenomenologisk design. Med en fenomenologisk design menas att man är intresserad av deltagarens erfarenheter och upplevelser av det fenomen som valts att studera. Det är viktigt att deltagaren kan berätta om sina upplevelser i ord. Det är även viktigt att intervjuaren ger deltagaren möjlighet till detta, exempelvis genom att deltagaren känner att hen får tillräckligt med tid att berätta om sin upplevelse (Rosberg, 2008). Enligt Szklarski (2009) krävs två kriterier när man använder fenomenologisk metod. Det ena är att det handlar om ett speciellt fenomen man är intresserad av. Det andra kriteriet är att det är deltagarens upplevelse av fenomenet som undersökes. Polit & Beck (2010) skriver att fenomenologisk metod innebär att man försöker förstå essensen av ett fenomen. Essensen är en beskrivning av fenomenet utifrån deltagarens synvinkel.

Urval

I en fenomenologisk studie brukar det för det mesta vara under 10 deltagare. Denna studie var en pilotstudie vilket definieras som en liten studie (Polit & Beck, 2010) där främst metoden testas. Studien genomfördes med fyra deltagare på två psykiatriska heldygnsvårdskliniker i Västsverige. Respektive klinikchef kontaktades via e-post för godkännande av studien. Efter godkännande kontaktades enhetschefer via e-post vid totalt fyra stycken psykiatriska avdelningar med affektiv inriktning varav en definierades som en psykiatrisk intensivvårdsavdelning. Enhetscheferna ombads vidarebefordra förfrågan om deltagande i studien samt information om studien till samtliga sjuksköterskor på respektive avdelning.

Inklusionskriterier för vara med i en fenomenologisk studie med få deltagare är att deltagaren skall ha upplevelser av det specifika fenomenet (Polit & Beck, 2010). Inklusionskriterierna för att delta i studien var att man var legitimerad sjuksköterska och jobbade på en psykiatrisk heldygnsvårdavdelning samt hade erfarenhet av att arbeta med patienter med suicidal problematik. Intresserade sjuksköterskor ombads kontakta författarna för att meddela sitt intresse. Totalt visade åtta stycken sjuksköterskor intresse av att delta i studien. Av de som var intresserade att medverka i studien valde studenterna ut fyra stycken för att interjúva. För att få största möjliga variation och mångfald i studien valdes två män och två kvinnor ut, av dessa var två specialistutbildade sjuksköterskor och övriga två var grundutbildade sjuksköterskor.

Datansamling

Intervjumetoden som användes var semistrukturerad med vilket det menas att intervjuaren använder en i förväg bestämd intervjuguide med öppna frågor som deltagaren ska besvara och prata fritt om. Intervjuaren ska inte leda samtalet utan inspirera deltagaren att prata om områdena och fenomenet som i det här fallet handlade om sjuksköterskans tankar och känslor kring suicidförsök och

patientsäkerhet (Polit & Beck, 2010). Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats, i ett rum där intervjuaren var ensam med deltagaren för att deltagaren skulle kunna känna sig lugn och trygg och våga delge sina upplevelser kring området. I ett fall genomfördes intervjun öppet på sjukhusbiblioteket.

Intervjutillfällena började med att deltagaren fick skriva under ett samtyckesformulär samt fick muntlig information om sina rättigheter och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande i studien, därefter påbörjades intervjun. En kodnyckel upprättades genom att varje intervju fick ett nummer 1-4. Denna kodnyckel förvarades inte på samma plats som det inspelade materialet. Studenterna hade i förväg gjort intervjuguide med frågor och ämnen som studenterna ville att deltagarna skulle prata om. Huvudfrågorna som ställdes var följande:

1. Hur tänker du kring suicidförsök?

Uppföljande frågor var:

Vad är din upplevelse av suicidförsök?

Vilka känslor framkallas hos dig av suicidförsök?

Hur upplevde du situationen innan suicidförsöket?

Fanns det omständigheter kring patienten som påverkade denne att försöka göra ett suicid?

Var det något runt omkring dig som påverkade ditt agerande och handlande i situationen.

2. Hur upplever du patientsäkerheten på din arbetsplats?

Uppföljande frågor var:

Vad var viktigt för dig för att du skulle kunna hantera situationen efteråt både konkret och emotionellt?

Hur är din syn på arbetet jämfört med innan suicidförsöket?

Vilken var den viktigaste erfarenheten för dig efter suicidförsök?

Så här i efterhand känner du att du skulle kunna agerat annorlunda på något sätt?

Deltagarna fick se frågorna under intervjun och ombads prata fritt om de olika frågorna. Intervjuaren kunde ibland ställa följdfrågor om det var något som var oklart eller om intervjuaren upplevde att något behövde utvecklas mera. Intervjuerna spelades in digitalt för transkribering, vilket resulterade i 27 sidor med text. Efter att intervjuerna genomförts transkriberades de, genom att intervjuerna skrevs ut ordagrant, vilket även inkluderade tankepauser

Analys

Den fenomenologiska analysmetod som är lämplig att använda när det är få deltagare är Giorgis (Szklański, 2009). Giorgis analysmetod innebar att vi först gick igenom innehållet noggrant för att få en överblick av materialet. Studenterna läste igenom intervjuerna ordagrant upprepade gånger.

Nästa steg innebar att identifiera meningsbärande enheter. Ur varje text markerades meningar som beskrev fenomenet som skulle studeras och som var formulerade i syftet. I nästa steg analyserades de meningsbärande enheterna. Detta innebar att vi försökte förstå deltagarnas upplevelser av fenomenet. Både det konkreta som deltagarna framförde, och om deltagarna använt metaforer så analyserades innebörden av det. Nästa steg innebar att textmassan abstraherades ytterligare genom att vi förde samman flera meningsbärande enheter med samma innebörd till meningsenheter som var mer enhetliga beskrivningar av fenomenet. I nästa steg fortsatte arbetet med att analysera enheterna och finna de teman som framkom genom att vi läste igenom texterna noggrant (Szklański, 2009). Då det var en pilot studie valde vi att inte ta med essensen av fenomenet. I resultatet beskrevs det som var generellt i deltagarnas upplevelser under respektive tema.

Etiska överväganden

Innan studien påbörjades godkändes etikansökan av lokala etikprövningsgruppen på sektionen Hälsa och Samhälle på Högskolan i Halmstad (Dnr UI 2013/870). För att inkludera deltagare i en studie, krävs att deltagaren frivilligt samtycker till det. Detta innebär att forskaren behöver inhämta samtycke från deltagaren både muntligt och skriftligt. Deltagaren kan när som helst dra tillbaka samtycket. Forskaren ska innan studien informera deltagaren både muntligt och skriftligt. Informationen ska innehålla hur studien kommer att genomföras, att det är frivilligt att delta, att man får avbryta deltagande när som helst utan anledning och vem som är huvudansvarig för forskningen. Slutligen är det även viktigt att berätta om syftet med studien (CODEX, 2013). Fenomenet som valdes att studera kan väcka mycket känslor och tankar hos deltagaren som kan upplevas som obehagliga. Detta då suicidförsök kan väcka mycket tankar kring varför någon vill försöka avsluta sitt liv. Det kan även väcka tankar kring sitt eget agerande och värderingar. Studenterna bedömde att då deltagarna aktivt tackat ja till att medverka var de intresserade av förmedla sina tankar och känslor kring detta.

RESULTAT

I resultatet framkommer fyra teman, under vilka två till tre subteman utkristalliserats. De teman som framkom berör sjuksköterskans upplevelser kring situationer 1) före suicidhandling; 2) under suicidhandling; 3) efter suicidhandling; samt 4)

patientsäkerhet kring suicidhandlingar. Teman och subteman presenteras i nedanstående tabell 1.

Tabell 1. Översikt av teman och subteman som bildade resultatet

Tema	Subtema
Före en suicidhandling	
	Att förstå
	Att lita på sin intuition
	Att ha en beredskap
Under en suicidhandling	
	Att utvecklas genom kris
	Att bibehålla ett lugn
Efter en suicidhandling	
	Att ifrågasätta och acceptera
	Att hantera känslor
	Att ventilera och bearbeta
Patientsäkerhet kring suicidhandlingar	
	Att skapa hinder genom trygghet
	Att skapa trygghet för personalen

Före en suicidhandling

Detta tema beskriver hur sjuksköterskan försöker förstå bakgrunden till patientens suicidförsök, hur sjuksköterskan använder sin intuition för att tolka situationen och hitta handlingsvägar, samt bereder sig för hur situationen kan utveckla sig.

Att förstå

Sjuksköterskan upplever att det är svårt att värdera vad som orsakar suicid, då människor baserar sitt agerande på olika grunder även om det finns patienter där orsaken verkar självklar och förståelig, såsom till exempel sociala problem. När det är mer påtagligt varför patienter mår dåligt och agerar suicidalt, är det lättare att som personal hantera situationen. Även hos patienter med lång anamnes av självskadebeteenden kan sjuksköterskan se att det finns anledningar till suicidförsöken, men då främst beroende på det faktum att patienten blivit inlagd på sjukhus och att det måste finnas en anledning till det.

Det är viktigt att som sjuksköterska vara närvarande och visa att man vill hjälpa, att ta varje yttring om suicidönskan på allvar, oavsett om det är något patienten säger varje dag, då vissa patienter ofta och starkt uttrycker dödsönskan.

Att lita på sin intuition

Sjuksköterskan använder ofta sin intuition, vilket innebär att sjuksköterskan lyssnar och tolkar patientens signaler. Sjuksköterskan beskriver upplevelser kring suicidala patienter som en kyla, en distans eller att patienten upplevs ha en dold agenda som inte framförs verbalt. Upplevelse när att patienten försöker invagga personalen i en falsk trygghet. Ibland känner sjuksköterskan av en sorts laddning, men i vissa fall föregås inte suicidförsök av en varning, vilket sjuksköterskan tolkar som att patientens beslut har ingett ett lugn. En patient som vårdats tidigare för suicidala beteenden är lättare att tolka och ”känna av”. Intuitionen blir starkare och mer specifik med erfarenhet. Det finns dock situationer där inte erfarenhet kan hjälpa personalen att se presuicidala tecken, men ibland kan de se mönster i beteendet hos vissa patienter. Sjuksköterskan erfar att hen borde agera mer på sin intuition. Ofta uppmärksammar personalgruppen att det är något på gång, vilket i efterhand ofta visar sig stämma. Sjuksköterskan menar att det är viktigt att träna på sin egen bedömning och inte bara acceptera det som är den allmänna uppfattningen.

”jag borde sagt mer till överläkaren, det här stämmer inte...”

Att ha en beredskap

Sjuksköterskan har en beredskap och förbereder sig hela tiden på att något kan hända, vilket ökar oron hos personalen eftersom det är det värsta som kan inträffa. När denna oro ökar hos personalen upplevs det vid vissa tillfällen kunna orsaka en eskalering av situationen, då patienterna tros känna av personalens mentala mobilisering inför en eventuellt förestående suicidhandling vilket föranleder ökad stress. Vissa försök tolkas som halvhjärtade, då de ej direkt leder till allvarlig risk för livet och bedömningar skiljer mycket beroende på vilken patient det handlar om. Allvarliga självskadehandlingar gränsar till suicidförsök och självskadepatienter upplevs av

sjuksköterskan som svårare att bedöma. Dessa patienter kan ge tecken, men personalen tar dem inte alltid på allvar, vilket orsakar en rädsla att inte agera tillräckligt.

”Ja, alltså... Hon gjorde ju försök i stort sett dagligen... Och det är lite... Man tänker på, herregud, ignorerade man henne för att hon gjorde det så ofta att man inte tog henne på allvar?”

Det upplevs vara sällan personer i patientgruppen endast gör ett försök, men sjuksköterskan påtalar vikten av att ta varje försök på allvar. Dock gör sjuksköterskan skillnad på vad som benämns som riktiga suicidförsök och vad som anses vara självskaedhandlingar.

Under en suicidhandling

Detta tema berör sjuksköterskans reaktioner i samband med suicidhandlingar, hur erfarenheten påverkar samt vilken känslomässig påverkan situationen kan innebära.

Att utvecklas genom kris

Som nyanställd inom psykiatrin reagerar sjuksköterskan starkt i samband med suicid, det kan upplevas chockartat. Sjuksköterskan konfronteras med en situation och hinner inte reagera, hen är oförberedd på vad som väcks första gången och situationen kan upplevas som att det går väldigt snabbt. Efter episoden kan sjuksköterskan uppleva en trygghet i att hen kunde behålla lugnet. När man varit med om en första suicidsituation får man genom erfarenheten ofta ett lugn som färgar framtida, liknande situationer, bara genom att ha varit med om det.

”Första gången var jag rejält stressad. Man blir ju rädd. Man... ställs helt plötsligt inför en situation där någonting är på riktigt och kanske potentiellt livshotande och man ska försöka komma ihåg det här...”

Ju mer erfaren sjuksköterskan är, desto större känsla av att kunna hantera situationen har hen. Erfarenheten gör att sjuksköterskan i mindre grad undviker situationen och erfarenhet och kunskap följer även att hen agerar mer naturligt, trots stress. Erfarenheten formar agerandet i kommande situationer. Sjuksköterskan är mer beredd att agera om det gäller en patient med tidigare anamnes avseende suicidförsök, särskilt i samband med specifika situationer.

Att bibehålla ett lugn

Sjuksköterskan kan uppleva rädsla, särskilt när det är akut livshotande. Obehagliga tankar väcks, särskilt första gången och hen kommer i kontakt med tankar kring sin egen dödlighet. En del sjuksköterskor blir väldigt fokuserade under själva situationen men kan uppleva en rädsla för att reagera så starkt att det förhindrar agerande. Denna rädsla innefattar även liknande reaktioner från andra i personalgruppen.

”För ibland kan jag känna att jag är ju liksom livrädd att jag bara ska frysa fast och inte göra någonting och bara bli rädd, men i just den stunden var vi väldigt snabba. Och det... gick väldigt fort alltihop, så det kändes ändå bra på ett sätt... om det nu kan göra det.”

Suicidförsök kan orsaka kaos i personalgruppen och ett ostrukturerat agerande. Sjuksköterskan känner ett behov av att försöka behålla lugnet och agera kontrollerat. Det blir även sjuksköterskans uppgift att hantera situationen, oavsett erfarenhet bland övrig personal. När den som först möter situationen agerar lugnt påverkar det hela gruppens agerande.

Efter en suicidhandling

Temat innefattar sjuksköterskans tankar efter att ha varit med om en suicidhandling, vad som påverkar bearbetningen av händelsen samt vilket behov av stöd sjuksköterskan upplever i efterförloppet.

Att ifrågasätta och acceptera

Efter en suicidal händelse är det viktigt att inte undvika liknande situationer eller fokusera på vad som borde gjorts istället. Ofta tänker sjuksköterskan mycket på vad hen borde sett, tecken som i efterhand känns som tydliga signaler. Ifrågasättande och grubblerier, liksom besvikelse, kan prägla efterförloppet. Acceptans inför ett genomfört suicidförsök och den egna oförmågan att hindra det kan göra nästa situation enklare att hantera. Att se att suicidförsöket är patientens agerande och inte beroende på personalen upplevs som viktigt. Som professionell vårdpersonal är det lätt att uppleva vad som benämns som ’professionell ångest’, att situationen borde kunnat förhindras. Det kan vara svårare att hantera ett suicidförsök i efterhand om det inte kunnat förutses. Även genomfört suicidförsök hos patienter med lång anamnes av suicidala eller självskadande beteenden kan väcka grubblerier i det att situationen borde tagits på större allvar. Suicidförsökets allvarlighetsgrad kan vara beroende för hur länge sjuksköterskan grubblar över det i efterhand.

”Alltså... man tvivlar ju på sig själv också, liksom. Att... varför klarar inte jag av att... att liksom trygga upp situationen kring honom eller henne på ett sätt som gör att det här inte händer?”

Att hantera känslor

I vissa lägen reagerar sjuksköterskan starkt, genom ilska gentemot patienten, vilket kan orsaka tankar i efterhand, på att hen agerat för hårt. Ilskan kommer av en känsla av att ha blivit lurad och att det lagts ner så mycket arbete vilket ändå fått detta resultat. Känslan av ett misslyckande kan göra att det är svårare att hantera sina känslor på ett professionellt sätt. Det är dock viktigt att sjuksköterskan snabbt fångar upp och med patienten avhandlar vad som hänt.

”Det är ju liksom en känsla av både maktlöshet, att man försöker så jävla mycket, att liksom täcka upp alla tänkbara situationer för att göra det tryggt och bra...”

Att ventilera och bearbeta

Sjuksköterskan upplever ett behov att i efterhand ventilera sina tankar kring situationen, i olika grad beroende på hur inblandad hen varit. Diskussion i grupp kan även leda till att vårdpersonalen tydligare uppmärksammar att agerandet varit korrekt i förhållande till situationen. Det är viktigt att alla tidigt fångas upp och att det är förankrat hos ledningen att det avsätts tid för avlastning och hela gruppen samlas. Att bara få prata är viktigt. Det ger extra mycket att prata om situationen om det gäller en patient som flera i gruppen känt till och kan relatera till, men det är svårare om det är en relativt okänd patient.

”Så att man kunde fånga upp alla tidigt så att, på något sätt, personalgruppen hade koll på varandra. Sen var det ju även viktigt... eh... att på något sätt, att man hade en chef som gick in verkligen och såg till att det fick den tiden.”

Sjuksköterskan behöver alltid känna stöd i efterhand, oavsett hur allvarlig situationen i slutändan varit. Ibland pratas det kortfattat om situationen i direkt anslutning till händelsen, men det kan finnas behov av senare uppföljning. Själva synen på arbetet förändras inte alltid, men förhållningssättet gör det. Erfarenhet kan i vissa fall skapa ett mindre behov av samtal i efterhand. Bara vetskapen om att det finns möjlighet till stöd är viktig för hur sjuksköterskan ska hantera situationen. Vid samtal är det viktigt att alla kommer tills tals, inte bara de som har lätt att prata. Ofta kan personalen finna tröst bara i det faktum att patienten trots allt överlevt.

Patientsäkerhet kring suicidhandlingar

Det sista temat behandlar sjuksköterskans syn på patientsäkerhet inom psykiatrin, vad det får för konsekvenser för patienten och behandlingen samt vad sjuksköterskan upplever är syftet med synen på säkerhet.

Att skapa hinder genom trygghet

Synen på patientsäkerhet skiljer mycket mellan olika arbetsplatser. På vissa ställen fråntas patienterna allt som potentiellt skulle kunna användas i syfte att skada sig. Detta kan upplevas som att patienten berövas sin identitet och att det orsakar en eskalering av negativa beteenden genom att patienten släpper ansvaret. Inskränkningar enligt detta kan upplevas som försvarande för behandlingen. Även patienter som uttryckligen säger att de kan skada sig med tillhörigheter kan behöva behålla dem i syfte att öka känslan av eget ansvar. Vissa saker som tas ifrån patienterna av säkerhetsskäl, såsom datorer, skulle kunna användas för att hålla

suicidtankarna på avstånd genom avledning. Inaktiva patienter upplevs ha större risk att få suicidtankar och utarbeta planer.

”Allt detta påverkar ju och ju mer, på något sätt, vi inskränker patienten, ju mer, på något sätt, kan det ju bli svårt att faktiskt behandla dem på ett bra sätt.”

Att skapa trygghet för personalen

Skillnaden mellan vårdmiljön och hemmiljön som uppkommer genom säkerhetstänkande kan göra att patienter upplever trygghet på avdelningen, men inte kan hantera miljön utanför den. Säkerheten kan stundtals upplevas vara till främst för att trygga personalen och stilla en oro, mer än vad den är till för patienterna. Målet med patientsäkerheten sägs vara att förhindra suicid, även om man inte kan påverka de bakomliggande faktorerna. Man vill förhindra att personalen behöver hantera de svåra situationer som suicidhandlingar innebär, genom att säkra vårdmiljön. I vissa fall upplevs det dock, att oavsett säkrande av miljön eller användandet av omvårdnadsinsatser som till exempel extra-vak, utförpatienter såväl suicidförsök som självskaedehandlingar.

”Vi har väl en ganska hög patientsäkerhet, men frågan är om inte den säkerheten, på något sätt är till för att stilla vår oro?”

Brist på tid eller personal kan orsaka risker genom att det inte uppmärksammas att vissa patienter säger sig ha suicidtankar, eftersom de säger det ofta. Vetskap om hur övrig personal agerar och hur trygga de är, kan ge sjuksköterskan större möjligheter att ge patienten utrymme. Personal vars trygghet och agerande vid suicidhandlingar ej är känt, skapar otrygghet och agerandet i olika situationer varierar därmed beroende på vilken personal som finns tillgänglig. Hela vårdkedjan, med läkare, sjuksköterska och skötare är avgörande för att personalen skall kunna uppleva trygghet på arbetsplatsen och i agerandet. Förhållningssättet till patienten påverkas av tryggheten i personalgruppen.

Metoddiskussion

Enligt Henricson (2012) ska en metoddiskussion visa studiens nackdelar och fördelar samt visa hur studenterna försökte uppnå kvaliteten i det vetenskapliga arbetet. Studenterna ska även kritiskt granska sitt genomförda arbete och diskutera detta.

Studenterna valde en kvalitativ studie med fenomenologisk inriktning för att få fram sjuksköterskans upplevelser och tankar kring att arbeta kliniskt med suicidbenägna patienter. Detta då suicid är ett ämne som det råder mycket tabu och skamkänsla kring, och som berör och väcker mycket tankar och känslor. Fördelarna med valda arbetssättet är att sjuksköterskorna i studien fick möjlighet att delge sina tankar och känslor och att vi var intresserade av just deras upplevelse av fenomenet. Studenterna gav deltagarna tillräckligt med tid att reflektera och ge respons på frågorna, vilket var viktigt så att deltagarna vågade öppna sig och berätta. Därför genomfördes

intervjuerna i en miljö där deltagarna inte präglades eller stördes av omgivningen. I intervjun som skedde på sjukhusbiblioteket skulle miljön kunnat ha påverkat stort deltagaren, dock var det vid interljud tillfället lugnt där och det bedömdes som att miljön inte påverkade deltagaren.

Positivt för pilotstudien var att även om antalet deltagare var få så gav de mycket information på de öppna frågorna som ställdes, vilket tyder på att intervjuaren uppnådde en trygg och tillitsfull stämning. Det som upplevdes positivt med studien var att frågorna var öppna och bedömdes täcka in de områden studenterna ville ha svar på. Den semistrukturerade intervjun, vilket innebar att deltagarna besvarade frågor som ej var ledande, hade studenterna formulerat innan intervjun och lämnades till deltagarna vid intervju tillfället. Enligt Polit & Beck (2010) används semistrukturerad intervju när forskarna vill att deltagarna ska diskutera vissa ämnen eller frågor, vilka är bestämda i förväg. Det studenterna upplevde positivt med urvalet var att det försöktes uppnå största möjliga bredd genom att ha med både grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med vidare utbildning i psykiatri. Detta då båda dessa kategorier av sjuksköterskor arbetar med suicidala patienter.

Vid kvalitativa studier kan det ske att deltagaren anpassar sina svar efter vad den tror att intervjuaren önskar höra, i den här typen av kvalitativstudie kan även deltagaren komma nära intervjuaren (Kjellström, 2012). Vid tre av fyra av intervjuer kände inte intervjuaren deltagaren vilket vi ser som positivt då vi tror att deltagaren vågar vara mer ärlig i sina svar. I det fall där intervjuaren och deltagaren hade kännedom om varandra reflekterade studenterna om det hade kunnat påverka deltagarens svar, det bedömdes som att det inte hade gjorts. Ingen intervjuare arbetade på samma avdelning som deltagaren utan det var på samma klinik. Styrkan med studien var även att inklusions kriterierna omfattade att deltagaren skulle ha erfarenhet av att arbeta med patienter med suicidal problematik.

Polit & Beck (2010) menar att i studier med fenomenologi så behöver deltagaren ha upplevt det valda fenomenet. Då antalet deltagare endast var fyra personer anser vi att ett trovärdigt urval gjordes för att säkerställa kvalitet och variation. Vi valde ut två sjuksköterskor av vardera kön samt två var vidareutbildade till psykiatrisjuksköterskor och två grundutbildade sjuksköterskor för att täcka mesta möjliga variation av sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården och som upplevt fenomenet. När det är ett brett urval deltagare blir olika perspektiv belysta vilket gör att det kan reflekteras kring fenomenet som valts att studera (Rosberg, 2008).

Fördelen med få intervjuer var att det gick lätt att se den röda tråden i resultatet. De tre intervjuernas diskussioner medförde att tolkningen av resultatet stärktes, då vi var flera som analyserade det.

Nackdelarna med studien var att de är för få deltagare för att verkligen kunna styrka resultatets giltighet. Deltagarnas arbetslivs erfarenhet kan ha påverkat resultatet, då vissa av deltagarna inte hade arbetat länge inom psykiatri. Nackdel kan även vara att deltagarna inte fick reda på frågorna innan och inte kunde förbereda sina svar. Danielson (2012) beskriver att på en provintervju ges möjlighet för intervjuaren att testa sig i situationen som intervjuare innan de riktiga intervjuerna genomförs. Vi valde att inte göra provintervjuer och i efterhand anser vi att detta borde ha gjorts för att vara mer förbereda inför intervjuerna. Vi tror även att ämnet är känsligt och det därför var få som visade intresse att delta, vilket kan ha påverkat urvalet. Det vi i

efterhand kan se brister i urvalet var att det inte var någon spridning i åldrar som visade intresse av att delta, vilket kan vara viktigt att uppmärksamma vid en fullskalig studie. Då det finns få studier kring ämnet har vi använt vissa sekundära källor då primär källorna varit för gamla och inte relevanta i pilotstudiens kontext.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskan upplever under fasen som föregår en suicidal handling, att det är svårt att avgöra vad som är orsaken till suicidhandlingen om det inte är en konkret och uppenbar orsak, såsom en ohanterbar social situation. Detta kan tolkas som att det hos sjuksköterskor finns brister i förmågan att uppfatta vad som av Beskow et al. (2005) benämns som det tysta språket. Psykiatrisjuksköterskan skall besitta kunskaper i att stödja människor i djup kris och även identifiera varningstecken (Socialstyrelsen, 2010) vilket torde innebära att specialistsjuksköterskan besitter en större förmåga att identifiera riskfaktorer och därmed förebygga suicidala handlingar, än vad allmänsjuksköterskor inom psykiatri kan förväntas göra. Dock framkom det under intervjuerna, att även specialistsjuksköterskor upplever svårigheter i att förstå bakgrunden till vissa suicidhandlingar. Det finns en stor och uppenbar risk i detta, då en markant del av de patienter som tar sitt liv har haft kontakt med psykiatrin i snar anslutning till suicidet (Ramberg & Wasserman, 2012).

Föreligger det brister i förmågan att identifiera och kommunicera med suicidal patienter på psykiatris mottagningar, ställer ovanstående faktum krav på fördjupad utbildning kring utförandet av bedömningar och samtal kring suicid.

Det framkommer även i resultatet att personer med upprepad suicidal kommunikation, särskilt vid förekomst av personlighetsstörning enligt kluster B, riskerar att inte tas på allvar avseende suicidrisk. Dessa patienter har dock en kronisk suicidal problematik och är därtill svårast att bedöma (Mini- d IV, 2002 & Ottosson, 2009). Både alkoholöverkonsumtion, vilket är vanligt vid personlighetsstörning (Ottosson & Ottosson, 2007) samt tidigare suicidförsök (Barlow, 2008) är faktorer som innebär ökad risk för suicid. Sammantaget påvisas därmed en risk i form av sjuksköterskans bristande förmåga att uppmärksamma riskerna kring dessa patienter, då hen riskerar att undervärdera dem om patienten alltför tydligt kommunicerar suicidtankar. Det finns alltså, enligt vad som framkom genom intervjuerna, en form av kommunikativt terapeutiskt intervall, där sjuksköterskan har som lättast att möta en suicidal patient. Intervallet infaller när det finns en verbal suicidkommunikation och avtar när kommunikationen blir alltför påtaglig eller upprepad.

Samtidigt som nämnda brister kunnat identifieras, påtalar sjuksköterskor även förekomsten av intuition i arbetet med suicidal patienter. Detta fenomen ligger nära det tysta språk som Beskow et al. (2005) beskriver, som att exempelvis notera ej uppenbar suicidal kommunikation, såsom samtal kring avslut av personliga ärenden, eller ett ovanligt lugn hos en tidigare ångestfylld person. Intuitionen tenderar att öka i tillförlitlighet vid längre erfarenhet. För att på ett optimalt sätt kunna identifiera riskpatienter krävs därmed, enligt resultatet, såväl utbildning, som erfarenhet och lyhördhet, vilket bekräftas av Bowers et al. (2010). Inom de psykiatriska

haldygnsvårdsklinikerna råder det brist på såväl specialistutbildade som erfarna sjuksköterskor. Samtidigt påtalar sjuksköterskan att intuitionen är svår att förklara och därmed överföra på mindre erfarna sjuksköterskor, vilket utgör en problematik när utbildade och erfarna sjuksköterskor söker sig till andra arbetsplatser utan att det finns en lika kontinuerlig tillförsel av samma kompetensgrad.

I en studie av Stewart, Ross, Watson, James och Bowers (2011) påtalas vikten av att sjuksköterskor inom psykiatri får tillräcklig utbildning i psykosociala interventioner för att mer effektivt kunna hantera patienter med risk för självskada eller suicid.

Sjuksköterskan upplever stundtals att en förhöjd beredskap i personalstyrkan inför ett eventuellt förestående, suicidalt agerande, vid vård av suicidala patienter, kan orsaka ökad risk för att situationen skall eskalera. Dock anses det främst vara en negativ inställning från personalen gentemot den suicidala patienten, som triggar självskadebeteenden och suicidhandlingar (Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010). Ett möjligt samband mellan sjuksköterskans upplevelse och forskningsresultaten är att personalen upplever otrygghet i vården av suicidala patienter och att det uttryck detta tar sig, av patienten uppfattas som en negativ inställning till denne. Grunden för all vård kräver en god vårdrelation präglad av respekt och trygghet (Ottosson, 2009) vilket även bör avse personalen. Attityder och värderingar ingår i patientsäkerhetsarbetet (Runeson et al., 2012) vilket inte alltid uppmärksammas i tillfredsställande grad, när fokus ligger på en säkrad miljö.

Sjuksköterskan upplever såväl oro inför sina reaktioner vid suicidhandlingar som trygghet i de erfarenheter hen tar med sig från samma situation. Även i detta bekräftas vikten av erfarenhet. Tryggheten som Ottosson (2009) beskriver, går att uppnå genom erfarenhet av tidigare liknande scenarion.

Lugnet som sjuksköterskan önskar bibehålla påverkas av både egna tankar och reaktioner liksom av den övriga personalens agerande. Upplevelsen av situationer av suicidal art som ett hot generar säkerhetsbeteenden (Beskow et al., 2005), men kan även orsaka risker i personalens beteenden, när situationen personalen arbetar för att undvika ändå uppstår.

Grubblrier väcks efter suicidhandlingar och tenderar innefatta tankar på vad som kunde gjorts för att undvika det. Resultatet påvisar ett behov av att försöka se suicidhandlingen som beroende av patientens inre värld och inte av personalens beteenden. Dock skall personalen kontinuerligt bedöma patientens suicidrisknivå och inte lämna suicidala patienter ensamma (Socialstyrelsen, 2010), vilket sjuksköterskan bör vara medveten om. I de fall suicidhandlingar inträffar kan vetskapen om nämnda krav orsaka ett ifrågasättande av den egna kompetensen. Hela yrkesrollen samt ens egna värderingar och attityder kan innefattas i detta ifrågasättande, vilket sker naturligt i kontakten med suicidala patienter (Beskow et al., 2005).

Negativa känslor och attityder som beskrivs av sjuksköterskan är ilska gentemot patienten samt en känsla av att ha blivit lurad. För att lättare hantera detta önskar sjuksköterskan snart efter händelsen samtala med patienten kring det inträffade.Handledning och utbildning är viktiga komponenter för att arbeta med personalens reaktioner och attityder (Ringskog-Vagnhammar & Wasserman, 2010). Då ilska riktad mot suicidala patienter riskerar kan få dessa suicidala beteenden att eskalera ytterligare (ibid.) bör det ställas högre krav på kontinuerlig handledning för psykiatripersonalen, i syfte att minska personalens påverkan på patienternas

beteenden. Handledningen torde även kunna påverka sjuksköterskans upplevelse av att ha varit en del av orsaken till den genomförda suicidhandlingen.

Handledningen blir även viktig inom detta område, då sjuksköterskan upplever ett stort behov av att samtala efter suicidhandlingar, vilket hon, i enlighet med vad Ringskog-Vagnhammar & Wasserman (2010) påtalar, beskriver har en effekt på förhållningssättet till arbetet.

Sjuksköterskan upplever ofta en ambivalens i inställningen till patientsäkerhetsåtgärder i form av en säkrad miljö. Tankarna som väcks är att patienter berövas identitet samt att behandling försvåras i samband med minskat ansvar hos patienten. Patientsäkerhet innebär dock att skydda patienten från att skada sig (Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting, 2013) vilket innefattar att skapa en säker miljö (Runesson et al, 2012 & Ottosson & Ottosson, 2007). Socialstyrelsen (2010) anser dock att den primära insatsen i samband med vård av suicidala patienter, skall syfta till att bygga en god relation mellan vårdare och patient samt att trygga patientens säkerhet genom olika tillsynsgrader. Det ställs stora krav på kontinuerliga diskussioner kring ämnet, då den goda vårdrelationen av sjuksköterskan upplevs påverkas av en alltmer säkrad miljö.

I det sista subtemat, *att skapa trygghet för personalen*, påtalas, som nämnts ovan, att inställningen till säkerheten genom miljö åtgärder kan orsaka alltför stora skillnader mellan vårdmiljön och patientens hemmiljö, vilket försvårar förloppet efter utskrivning. Det framkommer i resultatet att sjuksköterskan ofta upplever att miljön säkras i syfte att undvika suicidhandlingar, främst för att de upplevs traumatiska för personalen. Att förebygga suicid ställer krav på kontinuerliga bedömningar av patientens status (Socialstyrelsen, 2010 & Region Halland, 2012), vilket kan försvåras om personalen upplever att risken för suicid har minimerats genom säkrandet av miljön. Bowers et al. (2010) påtalar bland annat att åtgärder som genomförs i syfte att förhindra suicid, såsom låsta dörrar, snarare riskerar att fördjupa en depression eller skapa ett ökande suicidalt beteende. Det beskrivs även att det krävs att personalen är alert vid tillfällena då patienter har ökad tillsynsgrad (Ibid.), vilket skulle kunna påverkas av hur säkrad miljön är, då det finns risk att personal inte anser det finnas risker på avdelningen om den är säkrad, med följderna att tillsyner inte tas på lika stort allvar. Detta bekräftas även av Stewart et al. (2011) som belyser att det fortfarande finns tveksamheter kring effekten av ökad tillsynsgrad, då patienter trots tillsyn lyckas ta sina liv eller skada sig allvarligt. Således kan det konstateras att patientsäkerheten bör vara en noggrann avvägning av insatser i form av övervakning och säkrad miljö. Kontinuerliga diskussioner bör föras för att finna en jämvikt där patientens hälsa främjas samtidigt som tryggheten säkras för såväl personal som patient.

Konklusion

Sjuksköterskan uppmärksammar i mötet med suicidala patienter att det är svårt att avgöra vilka de bakomliggande faktorerna för suicidförsöket är. Specialistsjuksköterskan skall, till skillnad från allmänsjuksköterskan, besitta fördjupad kunskap om riskfaktorer för suicid samt samtalstekniker för suicidpreventiv

kommunikation, vilket ställer krav på ökat antal specialistsjuksköterskor inom heldygnsvården. Kommunikationen ter sig ha ett terapeutiskt intervall vilket inträder i området mellan påbörjad suicidal kommunikation och upplevd överdriven suicidal kommunikation. Patienter med personlighetsstörningar hanteras enligt denna pilotstudie annorlunda än andra suicidala patienter, vilket påvisar ett behov även av utökad kunskap kring denna patientgrupp. Sjuksköterskan använder sig i hög grad av sin intuition i vården av suicidal patienten, en förmåga som är användbar, men inte ersätter en strukturerad bedömning av suicidrisk. För att hantera suicidalhandlingar krävs såväl samtal som egen reflektion, vilket väcker ifrågasättanden av den egna kompetensen, men skapar stöd i form av insikter kring egna reaktioner och attityder. Avseende patientsäkerheten finns det en kluvenhet inom yrkesgruppen, då ett alltför stort fokus på en säkrad miljö hämmar sjuksköterskans förmåga att effektivt behandla patientens problematik, medan frånvaro av säkerhet skapar otrygghet i personalgruppen.

Forskningsdesignen var en pilotstudie, det innebär att det är en mindre studie. Studien uppfyller dessa kriterier då det var med fyra deltagare ifrån två kliniker. Metoden som användes var en kvalitativ metod med fenomenologisk ansats. Denna metod bedöms relevant för att kunna svara på syftet i studien då studenterna vill ha reda på sjuksköterskans upplevelse av fenomenet och det är den enskilda deltagarens upplevelse som är viktigt att få reda på, vilket bedömdes kunna ske med valda metoden. Studenterna försökte undvika att intervjua deltagare som de kände för att inte det skulle ha någon påverkan på resultatet. Om deltagaren känner intervjuaren kan det upplevas som känsligt, eller att den professionella relationen kan komma att påverkas av diskuterade förhållningssätt.

Implikation

Vi anser efter att ha gjort pilotstudien att det behövs en fullskalig studie med samma metod som använts av studenterna i uppsatsen inom området, främst för att ge mer kunskap om den erfarna sjuksköterskans intuition och hur denna används i suicidbedömningar samt vilka möjligheter det finns att finna strukturer inom intuitionen vilka kan överföras i klinisk kunskap och därmed användas i strukturerade bedömningar. Denna studie ger utrymme för vidare forskning inom preventionsarbetet för suicidbenägna patienter som vårdas på slutenpsykiatrisk vårdavdelning, samt öppningar för vidare studier av effekten gällande miljöinriktade kontra stödinriktade insatser för suicidprevention.

Referenser

Barlow, H. D. (2008). *Clinical Handbook of psychological disorders. A step by step treatment manual*. (4th ed.), New York: The Guilford Press.

Beskow, J. (2012). Att vägra mörda sig själv. *Psykisk hälsa*, 2012:2(53). Hämtad 2014-05-15, från <http://www.suicidprev.com/files/pdf/Psykiskhalsa.pdf>

Beskow, J., Palm Beskow, A. & Ehnvall, A. (2005). *Suicidalitetens språk*. Lund: Studentlitteratur.

Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B & James, K. (2010). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1459-1465.

Burns, T. & Firn, M. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Studentlitteratur: Lund

Codex-regler och riktlinjer för forskning. (2013). *Informerat samtycke*. Hämtad 2014-03-08, från <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml>

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.163-174). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Hunt, M, I., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J. & Appleby, L. (2012). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study. *Journal of Affective disorders*. 144,123-128.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur.

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O., & Tuninger, E. (2009). *Psykiatri: en orienterande översikt* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

MINI-D IV: *diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (2002). Danderyd: Pilgrim press.

Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Liber: Stockholm.

Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. (7:e uppl.). Liber: Stockholm.

Polit, D-F. & Beck, C-H. (2010). *Nursing research Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad 12 april, 2014, från <http://psykriks.se/wp-content/uploads/2012/07/Kompetensbeskrivning-PRF1.pdf>

Ramberg, I-L. & Wasserman, D. (2012). *Synen på arbetet med självmordsnära patienter i den psykiatriska vården*. Karolinska Institutet. Hämtad 26 mars, 2014, från

https://kiedit.ki.se/sites/default/files/synen_pa_arbetet_med_sjalvmordsnara_patient_aktionlivraddning_rapport_slut_4_maj_2012.pdf

Region Halland. (2012). *Suicidprevention i vuxenpsykiatri*. Falkenberg: Region Halland.

Ringskog Vagnhammar, S., & Wasserman, D. (2010). *Första hjälpen vid självmordsrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.85-105). Lund: Studentlitteratur.

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

Socialdepartementet & Sveriges kommuner och landsting. (2013). *Patientsäkerhetsatsning 2014 överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet*. Stockholm: Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 14 april, 2013 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/patientsakerhet/systematiskt-patientsakerhetsarbete/overenskommelse-patientsakerhet-2014

Socialstyrelsen. (2010). *Självmord 2006-2008 anmälda enligt Lex Maria* (Artikelnr 2010-4-5). Hämtad 25 december, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17987/2010-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2003). *Vård av självmordsnära patienter- En kunskapsöversikt*. Socialstyrelsen. Hämtad 13 april, 2014, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf

Socialstyrelsen. (u,å). *Patientsäkerhet Tema* (Nr.6 Psykiatri). Hämtad 12 maj, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17737/2009-9-15.pdf>

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm, Sveriges Riksdag. Hämtad 5 maj, 2013, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utreddningar/Statens-offentliga-utredningar/Ambition-och-ansvar-Nationell-_GUB3100/?text=true

Stewart, D., Ross, J., Watson, C., James, K. & Bowers, L. (2011). Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *Journal of clinical nursing*.21, 1004-1013.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stocholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 12 april, 2014, från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf>

Szklarski, A. (2009). Fenomenologi som teori, metodologi och forskningsmetod. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s.106-121). Stockholm: Liber.

Wiklund Gustin, L., Rydenlund, K. & Kulzer, S. (2010). Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård i L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa-på avancerad nivå* (s. 395-421). Lund: Studentlitteratur.

Mikael Axelsson 27 år. Arbetar som sjuksköterska på vuxenpsykiatrisk mottagning i Vårgårda tillhörande Södra Älvsborgs sjukhus, Västra Götalandsregionen.

Patrik Bång 30 År. Arbetar som sjuksköterska på allmänpsykiatrisk avdelning i Halmstad sedan fyra år tillbaka.

Snezana Thorell 41 år. Arbetar som sjuksköterska vid Psykiatriska kliniken, Region Hallands sjukhus



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se