

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:20

**Ambulanssjuusköterskors upplevelser av att vårda patienter
med suicidala tankar och handlingar**

– en strävan mot prehospital suicidprevention

Mauritz Grunditz
Daniel Johansson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar – en strävan mot prehospitäl suicidprevention

Författare: Mauritz Grunditz och Daniel Johansson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Examensarbete – Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård

Handledare: Angela Bång

Examinator: Anders Bremer

Sammanfattning

Patienter med suicidala tankar och handlingar är en skör patientgrupp som är sårbara på grund av sitt sjukdomstillstånd. Omvårdnaden av dessa patienter är en stor utmaning för ambulanssjuksköterskan som många gånger är patientens första kontakt med vården i det akuta skedet. Vårdandet kräver ett stort personligt engagemang och kan spela stor roll för att förhindra suicid och påverka patientens framtida liv och välbefinnande. Denna studies syfte var att belysa ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar. Kvalitativa djupintervjuer av åtta ambulanssjuksköterskor genomfördes. Dessa analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i sexton underkategorier och fyra huvudkategorier. Huvudkategorierna var: *Främjande av vårdrelation*, *Byggande av tryggt vårdrum*, *Känslomässig påfrestning* samt *Värdering av patientens önskan att dö*. Resultatet visar två tydliga områden i vården av patienter med suicidala tankar och handlingar. Den ena upplevelsen var relaterad till bemötandet och omhändertagandet av patienten för att få fram information om patientens intention med sin handling. Den andra upplevelsen var relaterad till vårdarens egna känslomässiga påfrestning efter att ha vårdat en suicidal patient. Studien visar hur komplicerad och svår vården av suicidnära patienter är och att det ställs höga krav på ambulanssjuksköterskorna som vårdar dessa patienter. Efterfrågan på ökade utbildningsinsatser till ambulanssjuksköterskor gällande patientkategorin samt framtagande av behandlingsriktlinjer/bedömningsinstrument är något som studien påvisar.

Nyckelord: *Suicid, psykisk ohälsa, självmord, vårdande möte, ambulanssjukvård, prevention*

Förord

Författarna vill uttrycka vår varmaste tacksamhet till vår handledare Angela Bång för mycket god handledning av denna uppsats. Vi vill även tacka våra informanter som har ställt upp på sin fritid och delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser. Utan Er hjälp hade uppsatsen inte varit möjlig att genomföra.

Ett stort tack!

Mauritz Grunditz & Daniel Johansson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Suicidförsök och suicidala tankar	1
Suicidförekomst	2
Suicidmetoder	4
Riskfaktorer för suicid	4
Psykisk ohälsa	4
Psykologiska aspekter	5
Fysiska riskfaktorer	5
Biologiska riskfaktorer	6
Tidigare suicidförsök som riskfaktor	6
Suicidmetod som riskfaktor	7
Suicidprevention	7
Kan självmord förebyggas?	8
Bedömning av suicidrisk	8
Akut vård vid suicidförsök	9
SYFTE	10
METOD	10
Kvalitativ intervju	10
Förförståelse	10
Urval	11
Datainsamling	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska aspekter	13
RESULTAT	14
Främjande av vårdrelation	15
Primärt rädda liv och undvika skada	15
Medvetet förmedla patientens betydelse	15
Inse sin förtroendeskapande betydelse	16
Byggande av tryggt vårdrum	16
Föra patienten till enskildhet	16
Vilja hjälpa trots avvisande	17
Stödja patientens berättelse	17
Lyhört bjuda in patienten	18
Vara totalt närvarande och engagerad	18
Skynda långsamt	19
Känslomässig påfrestning	20
Känna otillräcklighet	20
Uppleva obehag av patientens berättelse	20
Känna uppgivenhet och frustration inför patientens utsatta situation	21
Värdering av patientens önskan att dö	21
Uppfatta platsens betydelse	21
Fråga om patientens motiv och mål	22
Sakna skattningsinstrument för suicidrisk	22
Betona suicidrisk vid överrapportering	22
DISKUSSION	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	24
Vikten av ett gott patientbemötande	24
Finna bakgrund och syfte till handlingen	25

Att uppleva obehag av patientens berättelse	26
Att känna uppgivenhet och frustration inför patientens utsatta situation	27
Slutsats	27
Kliniska implikationer	27
REFERENSER	29
Bilaga 1	33
Bilaga 2	35

INLEDNING

Dagens samhälle med krav på produktion och att alltid vara nåbar ställer höga, emellanåt nästintill orimliga krav på människan. Detta har lett till att vi mår allt sämre. Den psykiska ohälsan bland befolkningen ökar alltmer. Bland dem som mår som allra sämst finner vi patienter med suicidala tankar och handlingar. De tillhör en skör patientgrupp som är sårbara på grund av sitt sjukdomstillstånd. Dessa patienter söker sällan hjälp själva utan det är ofta anhöriga som kontaktar sjukvården. Det är också vanligt att patienterna ställer sig negativa till att få hjälp. Trots att det är en relativt vanlig patientgrupp finns fortfarande begränsningar i vården av suicidnära patienter. Forskning visar att patienter som försökt att ta sitt liv löper en större risk att fullborda detta vid ett senare tillfälle. Här kan dock det vårdande mötet spela en mycket stor roll för att förhindra detta.

Författarna till denna studie har arbetat flera år inom hospital och prehospital akutsjukvård och har upplevt både frustration i vården av dessa patienter och intresse för ämnesområdet. Vården av dessa patienter är svår och komplex och här finns stora utmaningar. Ambulanssjuksköterskan är många gånger patientens första kontakt med vården i det akuta skedet och omvårdnaden av dessa patienter är en stor utmaning för ambulanssjuksköterskan, vilket kräver ett stort personligt engagemang. Vi hoppas att denna studie skall inspirera och möjligen vägleda vårdare genom de utmaningar det innebär att ta hand om patienter med suicidala tankar och handlingar.

BAKGRUND

Suicidförsök och suicidala tankar

Människor har tagit sitt liv så långt tillbaka man kan komma i historien. Attityderna till suicid har varierat från tidsålder till tidsålder och från civilisation till civilisation (Grollman, 2000). Suicid definieras som en handling med dödlig utgång som avsiktligt inleds och utförs av den personen i kunskapen eller förväntan om dess dödliga utgång (Gelder et al, 2001). Suicid har i många århundraden förknippats med ett starkt förbud. Personer som gjort ett självmordsförsök uppfattades enbart som att de skulle gjort ett försök till självmord dvs. ett försök att döda sig själv. Det var därför ett stort genombrott för denna grupp som begått självmordsförsök när man på 1930 talet genom Erwin Stengel kunde påvisa att ett självmordsförsök för många människor betydde något helt annat. Dessa människors intention att dö var väldigt liten. Det var snarare ett rop på hjälp i en förtvivlad situation de inte kunde hitta någon väg ut ur. Stengel delade in suicidhandlingar i två olika grupper. Något som han kallade för *beyond suicide* och en annan grupp som han kallade för *attempted suicide*, den senare gruppen hade en mer uttalad vilja att avsluta sitt liv. Dessa begrepp är viktiga för att kunna avgöra allvaret i personens avsikt med sin handling. Ett försök att få en vidare definition av fenomenen som kan ligga till grund för ett fullbordat suicid gjordes på 1970-talet i USA, då man utgick från begreppet suicidalt beteende. Detta gav upphov till tre underkategorier. Kompletta självmord vilka inkluderar samtliga dödsfall där en uppsåtlig, självförvållad

och livshotande handling har resulterat i död. Suicidförsök omfattar de situationer där en person har utfört en faktisk eller upplevd livshotande handling eller beteende med avsikten att äventyra sitt liv eller att ge sken av detta, men som inte har resulterat i att personen avlider. Den tredje kategorin var suicidala tankar/idéer vilka innefattar beteenden som kan observeras och handlar om eller rör sig i riktningen mot ett eventuellt hot mot individens liv, men där den potentiellt dödliga handlingen inte har utförts. Gränsdragningarna överlag med de beskrivna tre grupperna är ofta väldigt diffusa och svårdefinierade. Skillnaden mellan försök och ett fullbordat självmord blir ändå genom dessa definitioner lättare att förstå. Dör personen som följd av sin handling betecknas det som självmord, överlever personen betecknas handlingen likt ett självmordsförsök. Skiljelinjen mellan tankar och försök är mycket svårare att dra (Beskow, 2000). Enligt Nock et al (2008) definieras suicid som en avsiktlig handling att avsluta sitt eget liv. Suicidtankar och beteenden sammanförs och kallas för suicidalt beteende. Suicidalt beteende delas sedan in i tre kategorier, tankar, planer och försök. Grollman (2000) menar att för att få en handling att klassas som självmord måste en människa haft för avsikt att ta livet av sig och faktiskt ha gjort det. Detta är lättare att påstå än att bevisa. En psykologisk kritisk analys är ett sätt att fastslå om det finns något uppsåt bakom handlingen. Först måste man fråga ut alla personer som stod offret nära och skriva ner alla reaktioner och alla minnesbilder medan dessa fortfarande är aktuella. De som genomför undersökningen kommer att få fram saker om offret som de anhöriga inte hade någon aning om. De kommer också att få reda på saker offret inte visste själv. Därefter kan man lättare fastställa om det var en naturlig död, olycksfall, självmord eller mord (Herlofson et al 2009). Suicid är oftare ett uttryck för stor förtvivlan, ångest och hopplöshet än vad det är en genomtänkt och rationell handling.

Suicidförekomst

Självmordsstatistik ger utrymme för ett stort mörkertal. Många potentiella självmord rapporteras som något annat. Det som räknas som självmord i en kommun, stad eller delstat räknas likt något annat i ett närliggande område. I USA kan så kallade undersökningsdomare vara folkvalda politiker och inte läkare, vilka kanske föredrar att ange mer acceptabla dödsorsaker som förvränger den internationella statistiken (Grollman, 2000).

Enligt Socialstyrelsen begås det ungefär tre självmord om dagen i Sverige. Detta ger en ungefärlig årlig förekomst av självmord i Sverige på 1100 människor (Socialstyrelsen, 2013). Andelen självmord i Sverige bland män och kvinnor (säkra och osäkra) 2011 visade en sjunkande siffra med 2,6 antal per 100 000 invånare sedan 2005 för personer som är 15 år eller äldre. Andelen självmord var i sjunkande kurva från 2005 fram till 2008/09 då andelen höjdes något för att sedan åter sjunka åren 2010/11. År 2005 begick 1505 människor, 15 år eller äldre i Sverige självmord (säkra eller osäkra). Jämförelsevis med 1378 människor år 2011 (NASP, 2013). År 2011 var antalet suicider 416 för kvinnor och 962 för män, femton år eller äldre (NASP, 2013). Se tabell 1.

Tabell 1. Antal självmord i Sverige 2011 (säkra och osäkra).

Ålder	15 år eller äldre
Män	962
Kvinnor	416
Totalt	1378

En cirka 40 % minskning av självmordsantalet både bland kvinnor och män har skett från 1970 talet fram till 2006. Minskningen av antalet självmord har skett i alla åldrar men var inte lika kraftig bland de äldsta, de personer som är 85 år och äldre. Så var fallet även med de yngre, i åldrarna mellan 15 och 24 år. Minskningen har fortsatt men inte bland de unga, där har antalet självmord snarare ökat svagt. Framförallt är det unga kvinnor som står för denna ökning. Ändå är självmord dubbelt så vanligt bland män gentemot kvinnor. Skillnaden mellan män och kvinnor är störst i den äldsta gruppen (85år och uppåt). De äldsta männen ligger uttalat högre än någon annan grupp. Varje år tar ett 40-tal män sitt liv i åldersgruppen 85 år och äldre. Jämförelsevis med män mellan 40-84 år hade den äldsta gruppen dubbelt så många antal självmord. Att den äldsta gruppen är så pass liten, gör självmordsantalet högt trots att det inte rör sig om fler antal självmord. Bland de äldsta kvinnorna finns ingen motsvarighet till de äldsta männens höga självmordsantal (Statistiska Centralbyrån, 2013).

Självmord är en av de största dödsorsakerna bland världens länder (Ahrens et al, 2000). I Europa är ändå den allmänna trenden att antalet självmord sjunker. Trenden är tydligare bland män än bland kvinnor. Stora skillnader finns mellan Europas länder. Höga självmordstal finns i Östeuropa men även i länder som Schweiz, Frankrike och Belgien i Västeuropa. Sverige ligger något över mitten. Kvinnor i Europa har ett lägre självmordsnitt än män generellt. De länder som ligger högst i antal självmord bland kvinnor, ligger på cirka 8-9 fall per 100 000 kvinnor. Medan de länder som ligger lägst i antal fall ligger på cirka 0-1 fall per 100 000 kvinnor. Detta att jämföra med männen, där de högsta siffrorna ligger på cirka 40-50 fall per 100 000 män. De lägsta siffrorna bland männens självmord ligger på cirka 1-5 fall per 100 000 män. År 2006 låg Sveriges män på plats 27 av Europas länder i antal självmord medan Sveriges kvinnor låg på plats 11 (Karolinska Institutet, 2009).

Självmord representerar en av de tio vanligaste dödsorsakerna i världen. Under de två senaste årtiondena har flera länder rapporterat en betydande ökning av antalet unga män som begår självmord. Denna ökning har varit en faktor som har lett till ett antal nationella samt internationella initiativ för att främja förebygga åtgärder av självmord och för att vända trenden (Gelder et al, 2001). WHO (världshälsoorganisationen) har i uppgift att bevaka dödsorsaker i världens alla länder. Men rapporteringen är bristfällig från många länder. Särskilt från regioner i Afrika samt Asien. Bland kvinnor har asiatiska länder som Japan, Kina och Sydkorea det högsta självmordsantalet. Östeuropeiska länder har höga siffror samt Schweiz och Belgien vilka representerar Västeuropa. För männens del är det de östeuropeiska länderna som toppar statistiken men även här har de asiatiska länderna höga siffror (Karolinska Institutet, 2009).

Suicidmetoder

Att begränsa tillgängligheten till metoder en suicidal människa kan använda sig av för att avsluta sitt liv, anses vara mycket viktigt i det preventiva arbetet för att motverka suicid. På vilket sätt och med vilken metod den suicidala patienten använder sig utav varierar beroende på vilket land patienten lever i. Tillgång till metod styr tillvägagångssättet i den suicidala handlingen. Utöver tillgängligheten för metoden ses också tradition och kultur på den plats den suicidala lever på som starkt bidragande till hur handlingen förverkligas. Även på regionala samt lokala nivåer kan tydliga skillnader i tillvägagångssätt ses. Könet på den suicidala har också visat sig ha betydelse för vilken metod som används. Drunkning och förgiftning ses oftare som vald metod hos kvinnor, dessa metoder kan ses mindre våldsamma och har inte heller samma mortalitet som männens. Männen väljer i större utsträckning att hänga eller skjuta sig som suicidmetod. Det finns klart definierade metoder som är vanligare i vissa länder än andra. I Asien finns en ökad mängd självmord med förgiftning som bakomliggande metod att jämföra med USA där en ökad del självmord begås med hjälp av skjutvapen. I Storbritannien samt Norden ses suicid med hjälp av droger vara den vanligaste metoden. I östra Europa är hängning den vanligaste metoden (Ajdacic-Gross et al, 2008)

I Sverige bland personer, både män och kvinnor varande 15 år eller äldre 2011, var de två vanligaste metoderna för att ta sitt liv, hängning samt förgiftning på vardera 34%. Skjutning står för 8%, föremål i rörelse samt annan metod för 6%. Hopp från höjd samt dränkning står för 5% vardera. Skärande och stick som suicid metod står för 2%. Skillnader i valet av metod kan tydligt ses mellan kvinnor och män. Männen väljer i större utsträckning en mer drastisk metod än kvinnorna. Männens metoder fördelar sig på 38% hängning, 27% förgiftning, 11% skjutning, 7% annan metod, 6% föremål i rörelse, 5% hopp från höjd, 4% dränkning samt 2% stick/skärande. Att jämföras med kvinnornas tillvägagångssätt där förgiftning är den vanligaste metoden och står för 49%. Kvinnornas metoder fördelar sig vidare på 24% hängning, 8% dränkning, 6% hopp från höjd samt föremål i rörelse. Annan metod 5%, stick/skärande 2% samt 0% i skjutning som suicid metod (NASP, 2013).

Riskfaktorer för suicid

Psykisk ohälsa

Att en person med ett suicidalt beteende också lider av en psykiatrisk sjukdom är väldigt vanligt, har personen dessutom ett flertal olika psykiska störningar är risken extra stor för suicidalt beteende och suicid (Nock et al, 2008). I ungefär 90 % av alla begångna suicid finns en bakomliggande psykisk ohälsa hos personen som begår handlingen. Svår ångest, posttraumatisk stress, depression, psykoser och borderline är exempel på några psykiska ohälsotillstånd där risken för suicidalt beteende samt suicid är förhöjd (Prasko et al, 2010). Depression är den vanligaste diagnosen för personer som dör genom suicid. Man tror att det ökade antalet depressioner kan vara en stor del av förklaringen till den tidigare ökade andelen suicid hos västerländska ungdomar. Insjuknandeåldern i depressioner blir allt lägre. Medan de djupa depressionerna verkar ligga konstant i antal så ökar de lätta samt medelsvåra depressionerna (Helofsson et al,

2009). I lugnare skeenden efter en svår depression så är risken för att personen begår suicid extra stor. Personen är kanske rädd att depressionen skall komma tillbaka lika kraftigt igen och den tillfälliga energi personen upplever i det lite lugnare skedet ger kraft till att genomföra suicid. Liknande situation kan uppstå för personen som vårdats inläggandes för sin depression och sedan blir utskriven. Tryggheten från sjukhuset försvinner när personen själv skall klara sig i vardagen och suicid kan bli ett faktum (Prasko et al, 2010). Även Gelder et al (2001) anger depression som den största psykiska riskfaktorn bakom suicid. Även personlighetsstörning såsom borderline ligger högt som riskfaktor. En ännu större risk uppstår om personen samtidigt har ett alkoholmissbruk. Runeson et al (2012) menar att personlighetsstörningen både kan vara en riskfaktor men också ha en skyddande roll gentemot suicid. Den skyddande rollen skulle innebära att bättre kunna uthärda och hantera psykisk smärta, skapa och upprätthålla relationer samt att personen skulle ha en stabil och stark självkänsla. Det negativa och därmed riskfaktorn av personlighetsstörningen är faktorer som snabba svängningar i humöret, inåtvändhet, impulsivitet, misstänksamhet och hopplöshet.

Psykologiska aspekter

Enligt Gelder et al (2001) har framförallt känslan av hopplöshet en betydande roll för ökad suicidrisk när det gäller de psykologiska aspekterna som riskfaktorer för suicid. Personer som gav uttryck för hopplöshet hade mycket höga antal genomförda suicid de efterföljande fem till tio åren. Studier har också visat ett antal psykologiska bakomliggande faktorer vid suicidalt beteende likt impulsivitet, splittrade tankebanor, kognitiva svårigheter, problemlösningssvårigheter. Sammantaget kan dessa ge en impulsivt handlande suicidal person. Nock et al (2008) beskriver också hur en person kan komma att försöka söka en utväg genom suicid. Till följd av psykologiska problem likt förlusten av kapacitet att uppleva välbehag, emotionell reaktivitet samt ökad impulsivitet och hopplöshet. Herlofson et al (2009) beskriver att det kan finnas en ökad aggressivitet hos suicidbenägna personer. Aggressiviteten kan lätt leda till våldshandlingar inte bara mot andra människor utan även mot det egna jaget. Personer med suicidal tankar kan ha ett så kallat dikotomt tänkande, det vill säga de ser på saker och ting varande antingen svart eller vitt. För en pressad suicidal person kan detta tanke sätt göra att suicid ses som enda utvägen ur en svår situation. Impulsivitet kan ofta ses både hos fullbordade suicider men även vid suicidförsök. Många yngre personer som genomfört eller gjort försök till suicid uppvisar en stor impulsivitet i handlingen. Suicidala personers förmåga till ett kognitivt tänkande, att kunna förstå världen och sig själv, är mycket viktigt för att motverka en uttalad och väldokumenterad psykologisk riskfaktor för suicid, nämligen hopplösheten.

Fysiska riskfaktorer

Att drabbas av en fysisk sjukdom kan medföra en risk för suicid eller att ett suicidalt beteende uppstår. Framförallt är risken extra uttalad precis när personen har fått sin fysiska sjukdom diagnostiserad. Personen kan då börja fundera och grubbla över vad diagnosen kan innebära, t ex otrevliga undersökningar, behandlingar eller fysisk smärta. Risken för suicid ökar om sjukdomen medför terminal vård och hospitalisering.

Personen kan komma att förlora sitt sociala nätverk eller uppleva att han/hon ligger sina anhöriga till last (Prasko et al. 2010).

Biologiska riskfaktorer

Studier har visat att det finns en ärftlig risk för suicid och suicidalt beteende. Mycket av denna ärftlighet kan förklaras med en familjeärvd psykisk sjukdom. Men det finns också studier som påvisat ärftlighet för suicid utan bakomliggande psykisk sjukdom i familjen (Nock et al, 2008). Om suicid har funnits med i familjebilden till exempel hos en förälder kan suicidrisken öka för barnen i familjen. Suicid blir inte främmande eller avlägset om de sedan tidigare i en nära relation stött på detta. Suicid kan senare i livet uppfattas som en väg ut ur något svårt (Jacobsson et al, 1988). Enligt Herlofson et al (2009) har det visat sig att också andra biologiska faktorer ligger till grund för många suicider. En låg koncentration av serotoninomsättningen i centrala nervsystemet har visat sig hos personer som gjort allvarliga suicidförsök. Dessa patienter har också en ökad risk för ytterligare suicidförsök. En minskad serotoninomsättning leder till minskad ångest, ökad impulsivitet samt ökad aggressivitet. En ökad suicidrisk har också noterats hos personer med för hög kortisolinsöndring, vilket tros ha ett samband med uppgivenhet, hopplöshet och den förlorade kontroll många suicidala personer uppvisar. Detta gäller också personer med snabb habituering, en form av inläring, där individen snabbt vänjer sig vid nya stimuli och därför slutar att reagera på dem. Detta har visat sig uppkomma snabbare hos personer vilka gjort ett allvarligt suicidförsök än hos personer med enbart suicidala tankar. Den snabba habitueringen kan eventuellt höra samman med en lägre ångest nivå vilken kan ge personen kraft att utföra sin suicidala handling. Enligt Prasko et al (2010) föreligger en ökad suicidrisk om personen är man, då männen har fler fullbordade suicider än kvinnor. Ökad risk på grund av personens biologiska ålder föreligger om personen är tonåring eller tillhör den äldre ålderskategorin.

Tidigare suicidförsök som riskfaktor

Personer som tidigare försökt att begå suicid löper en ökad risk för ett fortsatt suicidalt beteende (Johannessen et al, 2011). Suicidförsök är en viktig riskfaktor för kommande suicid, både bland män och kvinnor med schizofrenidiagnos (Carlborg et al, 2009). Personer som tidigare gjort försök att avsluta sitt liv genom suicid har den största riskfaktorn av alla suicidbenägna personer till ett fortsatt suicidalt beteende, samt att slutligen lyckas med sin handling. De personer som gör upprepade suicidförsök har visats sig ha mer svårare självmordstankar och depressioner. Mer underliggande borderlinedrag och en mer uttalad hopplöshet än de personer som gjort ett förstagångsförsök. Personer med tidigare suicidförsök har en svårare psykopatologi, är mer känsliga för sociala konflikter till exempel med sina partners, familj eller vänner. De har också lättare att bli negativt påverkade av stressande livssituationer. Sammantaget är den tidigare suiciderfarne patienten, med sina övriga svagheter till ett liv i balans, en uttalad suicidbenägen person (Pompili et al, 2010). Brådvik och Berglund (2011) påtalar att kombinationen av att samtidigt lida av en depression och tidigare gjort suicidförsök ökar risken för återfall i suicid och ett fullbordat sådant. Runeson et al (2010) beskriver att risken för ett suicidalt återfall är cirka tio procent inom 5-35 år.

Suicidmetod som riskfaktor

Att lägga stor vikt vid vilken metod personen har använt sig av i samband med sin suicidala handling, kan förbättra riskbedömningen för ett senare fullbordat suicid. Har personen använt sig av en mer drastisk, våldsamt metod föreligger en ökad risk för ett nytt suicidförsök. Att skära sig eller förgifta sig i samband med sin suicidala handling anses vara ett mindre våldsamt tillvägagångsätt. Om den suicidala personen istället använder sig av metoder som att hoppa från en hög byggnad, skjuta sig, dränka sig eller hänga sig, ses detta som ett allvarigare försök till en fullbordad suicid. En risk föreligger att personerna som använt en våldsammare metod väljer detta även vid nästa försök. Då har de uttalad högre risk för suicidåterfall (Runeson et al, 2010). Män väljer oftare en våldsamt suicidmetod än vad kvinnor gör, vilka istället till stor del väljer att förgifta sig (Jacobsson et al, 1988).

Suicidprevention

År 2020 skall minst en tredjedel av dagens suicidtal ha minskat, har Världshälsoorganisationen satt upp som mål. Socialstyrelsen förde 2006 fram ett förslag för ett nationellt suicidpreventions-program. Programmet bygger på nio strategier:

- Arbeta för att minska de sociala skillnaderna i samhället.
- Sänka alkoholkonsumtionen genom åtgärder i den nationella alkoholpolitiken
- Genom att minska tillgängligheten till medel och metoder är det troligt att en suicidal person väljer en mindre dödlig metod. Därmed har personen större chans till överlevnad om det är svårt att få tag i en mer potent dödlig metod.
- Åtgärder inom till exempel skola, fritidsverksamhet, utformning av trafikanät och socialtjänst där kommuner kan arbeta utifrån en modell för att reducera suicid.
- Bättre psykoterapiutbildning som är evidensbaserad för vårdgivare inom kommuner och landsting. Behandling av bakomliggande sjukdom och identifiering av ej adekvat behandlade grupper, till exempel primärvårds-patienter som söker för depression.
- NASP som evidensbaserat kunskapsstöd för att minska suicid.
- Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner för identifiera suicidrisk hos sina patienter. Till exempel förbättra primärvårdsläkarnas kompetens gällande patientkategorin.
- Analyserade återkopplingar till vårdgivaren vid inrapporterade suicidhändelser.
- Stödjande av frivillighetsorganisationer vilka inte är lika hårt hållna som offentliga organ och kan därmed lättare komma med synpunkter och tänkbara lösningar.

För att effekten av dessa preventiva åtgärder skall kunna utvärderas behöver man noga följa antalet av registrerade suicidförsök och suicid (Socialstyrelsen, 2013).

Kan självmord förebyggas?

Det finns inga verktyg för att förutse suicidrisk hos en person. Riskfaktorerna för att begå suicid kan vara användbara när det gäller att identifiera grupper med ökad risk för suicid. Men faktorerna är inte alls lika användbara när det gäller att identifiera en enskild individ med uttalad risk för suicid. Litteratur samt forskning vänder sig främst mot riskfaktorer som studeras under en längre tid, ibland livstid. Detta går tvärtemot de viktigaste kliniska riskfaktorerna som uppvisas av en suicidal person inom timmar till veckor. Till dess att nya riskvariabler för suicid har tagits fram och utvärderats är det felaktigt att säga att suicid kan förutses (Chiles et al, 2005). Ett flertal olika tillvägagångssätt har använts för att försöka arbeta preventivt gentemot suicid, men mycket få av sätten har någon stark vetenskaplig grund att luta sig emot (Kelly et al, 2008). Även Herlofsson et al (2009) ger uttryck för att det kan vara svårt att påvisa att preventivt arbete mot suicid har någon effekt. För att kunna påvisa detta behövs stora randomiserade studier av specifika effekter av det suicidförebyggande arbetet. På detta råder det en brist. Ytterligare en stor svårighet när det gäller att utvärdera förebyggande suicidala åtgärder finns. Åtgärderna måste vara individanpassade, det går inte att handla efter en klar mall. Det som kan vara till stor hjälp och livräddande för en individ kan vara direkt kontraindicerat för en annan person. Det finns ändå vissa klara bevis för att suicid går att motverka/försvåra, till exempel genom att försvåra för den suicidalt benägna personen att få tillgång till vanligt förekommande metoder för suicid. Bättre omhändertagande av de personer som begått suicidala handlingar, samt bättre behandling av psykiska sjukdomar, är två sätt att driva det preventiva arbetet framåt.

Bedömning av suicidrisk

Det är svårt att värdera och bedöma en individs risk för suicid. Många bedömningsätt och mallar finns att tillgå. En riskbedömning med ett fåtal delar kan fylla ett prehospitalt syfte när det gäller att bedöma en persons suicidrisk. Följande är exempel på detta och bör prioriteras i suicidriskbedömningen enligt Runeson et al (2012).

- **Suicidal intention**

Man frågar personen efter eventuella tankar och önskningar gällande suicid. Det är av stor vikt att ställa frågan rakt ut till patienten. Tänker du ta livet av dig? Svaret är vägledande. Har personen kanske lämnat ett avskedsbrev? Har personen börjat planera och förbereda suicid?

- **Tidigare suicidförsök**

Har personen gjort tidigare suicidförsök är detta viktigt att ta reda på. Vilken metod har personen använt om tidigare försök har gjorts. Har det varit ett försök till suicid genom en tablettintoxikation eller har personen försökt att hänga eller skjuta sig? Fanns det några speciella omständigheter som låg bakom att försöket gjordes just då? Alkoholpåverkan eller relationsproblem till exempel.

- **Symtomatologi**

Oavsett personens grundsjukdom så är depressiva inslag i personens situation mycket viktigt att identifiera, då depression ger en stor ökad risk för suicid. Har patienten ett

pågående missbruk till exempel alkohol eller andra droger är det något som kan underlätta personens suicidbeslut och bör efterfrågas av vårdaren. Ångest är ett mycket vanligt symtom och finns med i bilden bakom de flesta suicid.

Enligt Runeson et al (2012) kan man som vårdare också dra nytta av en skattningsskala kallad *Suicide Intent Scale* som består av tio punkter och kan ge maximalt 20 poäng. Frågorna berör objektiva händelser. Som var någon närvarande, förhindrades upptäckt, skrevs avskedsbrev, förberedelser, hur valdes tidpunkt och meddelade patienten sig. Subjektiva frågor som förväntad utgång, ville/ville inte dö, tid för förberedelse samt patientens reaktion efter suicidförsöket ställs också av vårdaren. Svaren patienten ger graderas med poäng mellan 0 och 2. Ju högre poäng svaren ger, ju högre suicidrisk föreligger.

Akut vård vid suicidförsök

Ambulanssjuksköterskan kan vid vissa suicidala händelser vara en del i en stor samordnad insats för att rädda livet på patienten. Innan den direkta vården av patienten påbörjas kan ett område behöva spärras av, trafik stoppas och riskbedömning för personalen behöva göras. Detta görs i samspel med polis och räddningstjänst. När man som ambulanssjuksköterska sedan inleder sitt vårdande och har avfärdat ett livshotande tillstånd rent medicinskt hos patienten måste en vårdrelation skapas. Ambulanssjuksköterskan bör ha kunskapen att visa patienten empati, låta patienten få ha sina känslouttryck, om denne ger utlopp för detta, utan att döma. Ambulanssjuksköterskan skall bekräfta patientens upplevelser om sin situation och lyssna uppmärksamt. Något som är viktigt för den suicidala patienten är att få höra av personen som vårdar honom/henne att det finns hopp. Ambulanssjuksköterskan kan förmedla detta hopp till patienten och sedan se till att patienten följs upp av en expert till exempel psykiatriker, att patienten kommer till rätt vårdinstans. Genom dessa åtgärder kan ambulanssjuksköterskan vara en viktig del i arbetet med att rädda patientens liv (Nyström et al. 2009). Lipton (2007) ser också ambulanspersonalens rapportering av patienten till nästa instans i vårdkedjan samt ambulanspersonalens goda förmåga att bemöta patienten med respekt och involvering i vården som oerhört betydelsefull. Ovan faktorer minskar risken för ett fortsatt suicidalt beteende hos patienten. Ahl et al (2005) belyser den unika vården en ambulanssjuksköterska kan ge sin patient. Ambulanssjuksköterskan måste bygga upp sitt vårdande av patienten genom att själv samla in viktig information och bedöma vårdnivån. Studien visar ambulanssjuksköterskans vilja till kreativitet, flexibilitet och ödmjukhet inför en situation. Genom den intima vården som blir följd av ett litet, enskilt vådrum och bara en patient och vårdare, ges goda förutsättningar för en engagerad och patientfokuserad vård, där patienten har alla förutsättningar att verkligen få sin röst hörd. Enligt Keogh et al (2007) är personalens vård av suicidala patienter inom akutsjukvården mycket viktig, bland annat genom att de har en möjlighet att vägleda den bräckliga patienten vidare till experthjälp. Trots att studier har visat att detta första möte med patienten är viktigt känner sig sjuksköterskan som möter patienten mycket osäker på sin kompetens vid vårdandet av den suicidala patienten. Mer erfarenhet och träning för detta psykologiskt krävande arbete är nödvändigt för att kunna se komplexiteten och alla olika nyanser i beteendet som den suicidala patienten visar upp.

PROBLEMFORMULERING

Patienter med suicidala tankar och handlingar är sköra och sårbara på grund av sitt sjukdomstillstånd. De söker sällan hjälp själva, utan det är ofta anhöriga som kontaktar sjukvården. Det är också vanligt att patienterna ställer sig negativa till att få hjälp. De som försökt att ta sitt liv löper dessutom en större risk att fullborda detta vid ett senare tillfälle. Samtidigt som det finns begränsningar i vården av suicidnära patienter kan det vårdande mötet spela stor roll för att förhindra suicid. Genom förmedling av hopp och vägledning till experthjälp i det akuta skedet kan man påverka patientens framtida liv och välbefinnande. Därför är det viktigt att öka kunskapen om vård av suicidnära patienter inom ambulanssjukvården.

SYFTE

Syftet är att belysa ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar.

METOD

Kvalitativ intervju

Vid undersökning av mänskliga fenomen såsom tankar, förväntningar, upplevelser och känslor är en kvalitativ metod lämplig enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Dahlberg (1997) beskriver att man med kvalitativ metod försöker fånga upplevelser ur informanternas livsvärld genom intervjuer. Kvalitativ intervju har använts i föreliggande studie. Målet med kvalitativa intervjuer är enligt Kvale och Brinkmann (2009) att undersöka och försöka förstå världen utifrån undersökningsspersonernas synvinkel och på så sätt nå ny kunskap. Vidare beskriver Kvale och Brinkmann (2009) en kvalitativ intervju ungefär som ett vanligt samtal, dock skiljer det sig från det vanliga, spontana vardagssamtalet. Genom ett annat tillvägagångssätt och frågeteknik där intervjuaren lyssnar aktivt och ställer väl valda frågor blir det till en professionell intervju som hjälper intervjuaren att nå ökad förståelse av fenomenet som studeras.

Förförståelse

Båda författarna arbetar i akutsjukvården inom det prehospitala fältet. Upplevelsen är att detta är en patientkategori som är vanlig inom akut sjukvård och något som vi ofta kommer i kontakt med. Känslan är att det saknas klara behandlingsriktlinjer, kunskap och att det råder osäkerhet kring vilken vårdinstans patienterna skall tillhöra. Många gånger kan patienterna vara i ett tillstånd som gör det svårt att utföra ett optimalt omhändertagande. Det kan handla om tvångsvård mot deras vilja, med involvering av polis om de är hotfulla under exempelvis ett drogrus. Författarna upplever vården av suicidala patienter som komplex och utmanande och något som man kanske inte riktigt

är rustad för att möta. Många gånger är det frustrerande att känna sig otillräcklig. Detta leder till en osäkerhet. Dessutom finns någon form av fascination inför patientkategorin, då det är svårt att förstå hur en människa kan bli så sjuk att hon är övertygad att enda möjliga utväg är att ta sitt eget liv.

Urval

Studien bygger på intervjuer av ambulanssjuksköterskor vilka alla arbetar i en ambulansorganisation i södra Sverige. Innan intervjuerna påbörjades inhämtades tillstånd/godkännande hos verksamhetschefen inom aktuell ambulansorganisation via mejl (Bilaga 1). Därefter kontaktades avdelningscheferna på respektive ambulansstation som informerades muntligt och skriftligt (Bilaga 1 och 2). Studien bygger på ett strategiskt urval där kriterierna var att informanten skulle vara ambulanssjuksköterska och ha arbetat prehospitalt i minst fem år (Polit & Beck, 2010). Ambitionen var även att få en jämn könsfördelning bland informanterna. Av tio tillfrågade personer var det två som avböjde att medverka. Åtta var villiga att delta, bestående av fem män och tre kvinnor. Åldersspannet var mellan 29 till 43 år. Yrkesår inom ambulanssjukvård varierade från fem till sexton år och vad det gäller antal år som ambulanssjuksköterskor var variationen fem till elva år.

Datainsamling

Intervjuerna utfördes efter överenskommelse med respektive informant om tid och plats. Informanterna fick själva välja plats och intervjuerna ägde rum på ledig tid, förutom i ett fall där enda möjlighet för informanten var att göra detta på arbetstid. Då gick det att ordna så att ambulansen som informanten bemannade ”gick i sista hand” tills intervjun var klar. På så sätt blev det inga avbrott för ambulansuppdrag och samtalen kunde genomföras ostört i, för informanterna, bekväm och trygg miljö (Dahlberg 1997). Författarna utförde hälften av intervjuerna var, ensamma tillsammans med informanten, även detta för att skapa en lugn och trygg miljö. Intervjuerna var öppna, ostrukturerade intervjuer vilka inleddes med en öppningsfråga: *”Kan du berätta om ett fall där du vårdat en patient med suicidala tankar och handlingar?”* Denna fråga följdes upp av frågor såsom: *”Hur kände du då?”* *”Hur upplevde du det?”* *”Kan du utveckla?”*

Intervjuerna som tog mellan 27 till 39 minuter skrevs ut ordagrant från inspelningar utförda med hjälp av diktafon. På så vis struktureras intervjusamtalen i en form som lämpar sig för närmare analys (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessutom undveks att intervjuernas innehåll reducerades. Författarna utförde initialt varsin pilotintervju för att öva på intervjuteknik. Dessa bedömdes sedan av handledaren. Det visade sig att båda författarna hade lyckats hålla tillbaka sin förförståelse relativt bra, förutom mot slutet av intervjuerna, där det förekommit vissa ledande frågor. Dock bedömdes båda pilotintervjuerna innehålla väsentlig och tillräcklig data för att de skulle inkluderas i studien. När vi utförde intervjuerna försökte vi tygla vår egen förförståelse. Detta för att på intet sätt påverka informanternas berättelser, eller själva bli vilseledda mot redan tänkta svar eller studieresultat, och få möjligheten att förstå något nytt vilket Dahlberg,

Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) framhåller. Det är av stor betydelse att medvetandegöra och tygla sin förförståelse för att undvika att inte resultatet endast skall återge intervjuarens egna tankar och kunskaper.

Dataanalys

För att uppnå syftet med studien valdes metoden kvalitativ innehållsanalys med en strävan mot induktiv ansats. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) innebär en induktiv ansats en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser. Den transkriberade datan har bearbetats via kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Först lästes intervjuerna igenom flera gånger av författarna var för sig. Detta för att skapa en samlad bild av innehållet. Därefter påbörjades analysarbetet enligt begreppen: analysenhet, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod och kategori. Varje enskild intervju utgjorde en analysenhet. Dessa analyserades gemensamt av båda författarna, där man försökte hitta meningsbärande enheter som svarade mot syftet med studien. Meningsenheterna kondenserades sedan till kortare stycken för att därefter abstraheras. Med abstrahering menas att innehållet lyfts till en högre logisk nivå. Kodning, som kortfattat beskrev innehållet, gjordes för att meningsenheterna enkelt skulle hittas i analysenheten. Sexton underkategorier framträdde, vilka i sin tur bildade fyra huvudkategorier. I tabell 2 nedan ses exempel på hur dataanalysen har gått till.

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys.

Meningsenhet	Kondensering	Kod/Abstraktion	Underkategori	Kategori
Jag har en jättebetydelsefull roll i att skapa förtroende för patienten.	Jag har en betydelsefull roll att skapa förtroende.	Förtroende	Att inse sin betydelse för att få ett förtroende	Sätta sig i relation med patienten
Ja, jag var glad, jag sa det till henne också, jag var otroligt glad att träffa henne. För att det var ju en farlig plats att befinna sig på och vi hade ju hittat henne innan det hade hänt något och också fått henne att känna att hon betydde något för oss.	Jag var otroligt glad att träffa henne och sa det också. Det var ju en farlig plats att befinna sig på och vi hade hittat henne innan det hänt något. Vi ville få henne att känna att hon betydde något för oss.	Glädje	Att medvetet förmedla patientens betydelse för mig som vårdare	Sätta sig i relation med patienten

Forskningsetiska aspekter

Forskning definieras nu som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (Codex, 2013). Enligt etikprövningslagens ändring 2008 definieras enligt ovan, vilka aktiviteter, som anses som forskning som skall etikprövas. För denna studie behövdes således inget särskilt tillstånd från Etikprövningsnämnden. Dock är det vid alla typer av studier på människor alltid av vikt att inta ett forskningsetiskt förhållningssätt där forskaren tar ansvar för forskningspersonerna, både för deras välbefinnande samt för den information om dem som samlats in (Codex, 2013).

I denna studie fick alla medverkande, i god tid före intervjuerna, både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och design samt att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan förklaring (Bilaga 2). Efter denna information fick informanterna ta ställning till om de ville ge sitt samtycke till fortsatt deltagande. Vidare beskrevs att det insamlade materialet behandlades konfidentiellt, avidentifierades och endast granskades och bearbetades av författarna samt deras handledare. Då informanterna utgick från patientfall i deras berättelser om hur det är att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar, har det iakttagits största försiktighet vad det gäller citat där information om patienters identiteter riskerar att röjas. Detta gäller även informanternas identiteter.

RESULTAT

Resultatet i studien redovisar ambulanssjusköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar och presenteras i fyra huvudkategorier: *Främjande av vårdrelation*, *Byggande av tryggt vådrum*, *Känslomässig påfrestning* samt *Värdering av patientens önskan att dö*. Varje huvudkategori har dessutom flera underkategorier. En matris över underkategorier och huvudkategorier och hur de hänger ihop ses nedan (Figur 1). Citat från de åtta intervjuerna, som hjälper till att verifiera och förtydliga texten i resultatet, har använts.

Figur 1. Matris över underkategorier och huvudkategorier.

Underkategori	Huvudkategori
Primärt rädda liv och undvika skada Medvetet förmedla patientens betydelse Inse sin förtroendeskapande betydelse	➤ Främjande av vårdrelation
Föra patienten till enskildhet Vilja hjälpa trots avvisande Stödja patientens berättelse Lyhört bjuda in patienten Vara totalt närvarande och engagerad Skynda långsamt	➤ Byggande av tryggt vådrum
Känna otillräcklighet Uppleva obehag av patientens berättelse Känna uppgivenhet och frustration inför patientens utsatta situation	➤ Känslomässig påfrestning
Uppfatta platsens betydelse Fråga patienten om motiv och mål Sakna skattningsinstrument för suicidrisk Betona suicidrisk vid överrapportering	➤ Värdering av patientens önskan att dö

Främjande av vårdrelation

Primärt rädda liv och undvika skada

Den suicidale patientens svåra psykiska ohälsa identifieras ofta i ett mycket tidigt skede men måste tillfälligt förbises för att kunna säkerställa patientens fortsatta överlevnad. Det gäller att snabbt komma underfund med vad för slags metod patienten har använt sig av och vad denna metod ger för slags symtom. Behandling och åtgärder för att optimera chanser till överlevnad för patienten som försökt att ta sitt liv upplevs vara det mest primära. Arbetet att rädda en suicidal patients liv upplevs många gånger som krävande då mycket kraft kan behöva läggas på symtomatisk behandling av patientens sviktande tillstånd och efterforskning gällande antidot om det rör sig om en intoxikerad patient. Förhållningsättet fortgår så länge den suicidale patienten visar akuta livshotande symtom:

”Att det är risk för liv eller i alla fall permanent skada. Så det blir ju ganska mycket det man fokuserar på i det första skedet... det rent medicinska: Vad för slags behandling kan jag ge patienten? Vad kan jag tänka mig att patienten har för slags symtom? Vad är det han/hon har tagit och vad ger preparatet för effekt? Kan jag ge någon antidot? Vad klassas som stor överdos, liten överdos? Jag håller koll på blodtrycket, andningsfrekvens, saturation, medvetande och tar kanske också en temp. Så det är nog mycket fokus på sånt initialt.”

Medvetet förmedla patientens betydelse

Det är centralt att vårdaren skapar en relation med den suicidale patienten. Relationen vårdarna försöker skapa, i den ofta mycket påfrestande situationen gentemot patienten, beskrivs likt ett sätt att få patienten att känna sig sedd, viktig och uppskattad. Patientens betydelse för vårdaren beskrivs genom uttryck för direkt glädje från vårdarens sida gentemot patienten över att få träffa honom/henne levandes och kunna erbjuda vård och stöd. Relationen bygger på att få patienten att samverka så mycket som möjligt till vården så fokus läggs på det patienten upplever som viktigt och primärt i sin situation. Att ge patienten möjlighet, stort utrymme och uppskattning att orka göra detta beskrivs som viktigt. En informant uttrycker följande:

”Ja, jag var glad. Jag sa det till henne också. Jag var otroligt glad att träffa henne. För att det var ju en farlig plats att befinna sig på och vi hade ju hittat henne innan det hade hänt något och också fått henne att känna att hon betydde något för oss. Så det känner jag väl när jag tänker kring detta att det måste ju vara bland det viktigaste för patienten, att de upplever att man är glad att träffa dem.”

Inse sin förtroendeskapande betydelse

Beskrivningarna av att vårdaren har en mycket betydelsefull roll i mötet med patienten är tydliga. Vårdarna beskriver hur de bygger upp mötet med patienten genom att visa denne stor respektfullhet och genom att ta patienten och dennes situation på stort allvar. Patienten bemöts med ärlighet och uppriktighet men också med en viss fordran genom att vårdaren förklarar att patienten måste vara till stor del själv vara delaktig i vården och försöka förmedla sina tankar och känslor till vårdaren för att vården skall bli optimal. Genom förhållningsättet kan ett ömsesidigt förtroende mellan patient och vårdare byggas vilket driver vården framåt. En informant uttrycker sina upplevelser:

”Jag sa till patienten att jag är här för att hjälpa dig. Jag vill väldigt gärna hjälpa dig, men du måste hjälpa mig om jag skall kunna hjälpa dig! Jag tog henne på stort allvar och försökte att skapa ett förtroende. Så att patienten kände en trygghet i att det här kan jag säga samtidigt som jag förklarade att jag kommer att behöva rapportera vidare det du säger, men är det något du vill att jag inte skall föra vidare så får du säga det. Märkte på patienten att hon uppskattade detta.”

Byggande av tryggt vådrum

Föra patienten till enskildhet

Att ta med sig den suicidale patienten bort från platsen där handlingen skall ha ägt rum beskrivs som viktigt. Det kan vara en offentlig, farlig miljö med mycket folk på plats, både personer involverade i patientens omhändertagande och allmänheten. Andra gånger kan suicidförsöket ha ägt rum i patientens hem. Gemensamt för båda miljöerna är att man vill föra patienten till en lugn, trygg och enskild plats. Platsen som skapas för vården skall ge patienten optimala förutsättningar för att finna trygghet i stunden och utan störande influenser kunna yttra sig om sin situation. Ibland beskrivs denna plats som ett ambulansfordon, andra gånger genom att skapa lugn och trygghet i patientens hem. Enskildhet med vårdare där patienten kan finna trygghet och goda förutsättningar att själv bidra till sin egen vård kan vara gynnsamt. Det kan också vara gynnsamt för patienten att ha någon de litar på med sig. Att först komma till en säkrare och mer enskild plats beskrivs vara det primära innan något vårdande överhuvudtaget upprättas. Valet av plats är inte bara för att underlätta patientens situation, utan även vårdaren känner ett stort behov av att komma till en mer igenkännande och lugn miljö för att kunna utföra ett bra arbete. Många gånger är det ambulansfordonet som beskrivs som denna miljö, med möjlighet att sätta eller lägga patienten på en bår och möjlighet att anpassa klimatet under mötet, speciellt om patienten påträffas ute och det är kallt. Skapandet av enskildhet med vårdare beskrivs enligt en informant:

”Sedan tog vi snabbt in henne i ambulansen för jag tyckte det var mer lämpligt att komma till en mer undanskymd plats. Då hade det hunnit komma en polisbil till, så det var rätt mycket folk där. Så vi eftersträvade att komma in i en miljö där det var mer ensamt och så.”

Vilja hjälpa trots avvisande

Den suicidale patienten beskrivs likt en stor utmaning. På flertalet uppdrag känner sig ambulanspersonalen välkomna och efterlängtade, men vid uppdrag i samband med en suicidal händelse kan reaktionen många gånger vara tvärt om. Det beskrivs hur ambulanspersonalen blir ifrågasatta om varför de har kommit till platsen överhuvudtaget. Dessa situationer uppstår ofta då någon annan än patienten har ringt efter ambulans. Patientens avsikt var kanske att dö, inte att någon skulle rädda livet på honom/henne. De första vårdåtgärderna i dessa fall beskrivs som att fokus läggs på att förklara och motivera patienten att ta emot den erbjudna vården. Detta beskrivs som mycket frustrerande från personalens sida, då patienten ofta kan vara kritiskt sjuk och behöver komma under sjukhusvård. Det som beskrivs som mycket viktigt vid omhändertagandet av dessa vårdavvisande suicidala patienter i behov av vård, är att arbeta med ett stort tålamod och noga förklara konsekvenser av utebliven vård. Övertalning skall få ta tid om patientens tillstånd tillåter detta. Själva övertalningen till vård beskrivs många gånger som en stor utmaning då patienten är helt inställd på att avsluta sitt liv. En informant uttrycker det:

”Det är inte lätt och det är där tålamodet kommer in, för det tar lång tid. Jag har suttit någon timme, en och en halv, nästan två timmar med personer och pratat med dem för att de inte vill med. Det tar tid när patienten säger: ’Låt mig hellre vara, jag vill ju bara dö, snälla gör ingenting med mig, jag vill ju bara dö’.”

Stödja patientens berättelse

Informanterna beskriver vikten av ett bra upprättat samtal. Många informanter beskriver samtalet med den suicidale patienten som deras enda genomförda vårdåtgärd under uppdraget. Om patienten inte har några livshotande symtom eller skador som akut behöver åtgärdas ser de allra flesta vårdarna det väsentligaste för en bra och givande vård att upprätta ett givande samtal. Det beskrivs mycket viktigt att få patienten att våga öppna sig och berätta om sin många gånger svåra och utsatta situation. Patienten stöttas och uppmuntras under samtalet att själv försöka sätta ord på sina känslor och upplevelser. Det beskrivs att ett lyckat samtal mellan vårdare och patient kan ge patienten ökad insikt om sin handling, varför den utfördes och vad som kan bli konsekvenserna av denna. Svaren från patienten kan ge vårdaren goda förutsättningar för god individanpassad vård. Upplevelser patienten delger vårdaren kanske aldrig någonsin tidigare framförts av patienten. Just vid denna händelse ställdes de rätta frågorna av vårdaren och samtidigt var patienten villig att delge någon annan människa sina tankar. Följden beskrivs att samtalet blir vårdande:

”Jag ville ha ut så mycket som möjligt under vårt samtal, om hennes åsikter och såklart hennes upplevelser, vad hon kände och vad som fanns i hennes huvud. Det kände jag som det mest primära. Sen visade det sig att det inte stämde riktigt överens med verkligheten, så hon hade ju en skev bild av sig själv. Men då kunde jag presentera den skeva bilden så kanske det kan vara till grund när de jobbar vidare med henne.”

Lyhört bjuda in patienten

Inbjudan till vården beskrivs som en egenskap vårdaren besitter när han/hon för första gången möter patienten. Egenskapen beskrivs utifrån förmågan att snabbt kunna läsa av patienten och vårdarens anpassningsförmåga till patientens sinnesstämning och situation. Denna egenskap beskrivs vara något som kommer med åren. Det framkommer att denna egenskap kan vara mycket svår att uppnå med enbart något/några år inom yrket. Vårdaren anpassar sitt bemötande gentemot patienten utifrån de signaler eller uttryck patienten avger för att få patienten positivt inställd till vård. Inbjudan kan ske genom samtal, kroppslig beröring eller bara genom bekräftande tystnad. Exempel på hur patienten bjuds in till vård illustreras enligt följande:

”Jag gick nog in med lite dåliga vibbar och var väl inte helt på tå denna gång. Men när man träffar honom och ser att det är en person som mår dåligt, då får man ju slå bort allt sådant och anpassa sig till situationen. Det är nog något man lär sig med åren, man träffar människor som mår dåligt och man vet när man skall prata och man vet när man skall vara tyst, man vet när man skall ställa krav och man vet när man liksom inte kan ifrågasätta. Man har den känslan.”

Det beskrivs hur vårdaren kan bemöta patienten på ett öppet och ärligt sätt genom att beskriva att viljan är att hjälpa patienten och har något att erbjuda, här och nu, samt hjälp till bästa tänkbara fortsatta vård. Resultatet beskriver också hur den suicidala patientgruppen skiljer sig från övriga tillstånd på så vis att patienterna många gånger kräver en mycket mer individanpassad och välkommande hållning från vårdarens sida för att patienten skall acceptera, motta och vara delaktig i vården.

Vara totalt närvarande och engagerad

Att vara extra närvarande och engagerad samt ständigt värdera vad som sägs under samtalet med den suicidala patienten beskrivs vara mycket personligt krävande och påfrestande. Det finns inget mellanting i närvaron till patienten. För att få ett gott vårdresultat måste vårdaren hela tiden vara helt fokuserad och engagerad i samtalet för att inte missa korta budskap som kan vara mycket viktig information för vårdaren att spinna vidare på. Att erbjuda sig själv under ett samtal med en suicidbenägen patient beskrivs genom olika förhållningssätt. Ibland används en mer tillbakadragen roll då patienten så mycket som möjligt för talan under samtalet, där vårdaren bekräftar patienten genom att tydliggöra att han/hon finns där och lyssnar på patienten. Engagemanget från vårdaren uttrycks mer genom korta bekräftande ord, genom ansiktsuttryck eller beröring. Vid tillfällen under samtalet då vårdaren tycker att något patienten sagt behöver belysas ytterligare, ställs följdfrågor. Men oftast framstår vårdaren som den drivande parten i samtalet. Framförallt genom att vårdaren framhåller att patienten själv sitter på den viktigaste informationen till ett effektivt omhändertagande. Vårdaren har många frågor som ses som viktiga att få svar på under den ofta korta vårdtiden, gällande patientens situation och att vårdaren själv många gånger är starkt drivande i samtalet för att få patienten att ge dessa svar. En informant beskriver sitt förhållningssätt:

”Jag brukar låta dem prata, patienten alltså. Det är oftast det de behöver. Låt dem styra samtalet. Jag får nog veta det jag behöver veta ändå... i samtalet. Jag brukar erbjuda dem mina öron, säga till dem att jag finns här och jag lyssnar om det är något du vill berätta. Det är ju krävande att sitta och lyssna! Det tar ju mer av mig att sitta och lyssna. Men jag tror att det är mycket bättre för patienten. Sen vet man ju, man kan ha olika dagar när man jobbar om man är mottaglig för det eller ej. Alltså du måste vara beredd att ge det och klara av det. Och var inte rädd för att det blir tyst, för det upplever jag att många är rädda för. Tystnaden är inte farlig, den kan vara behövlig.”

Skynda långsamt

Situationen den suicidala patienten befinner sig i vid tiden för mötet med vårdaren gör att samtal många gånger kan vara svåra att upprätta. Patienten kan vara djupt deprimerad eller uppriven och utåtagerande och inte alls vilja delta i någon konversation. Patienten kan också vara medvetlös eller på annat sätt vara oförmögen att samtala. Vid tillfällen då patienten inte själv kan föra sin talan bedrivs samtalet istället med vittnen eller anhöriga om dessa finns på plats, eller på annat sätt går att nå. Inledandet av ett samtal med en vaken och talbar patient beskrivs i resultatet som att skynda långsamt. Är patientens tillstånd inte akut och snabba livräddande svar inte behövs, inleder vårdaren ofta med allmänna frågor som inte uppfattas som intrång i patientens integritet. Efter en stunds samtal går frågorna sakta över till mer känsliga och för patienten mer intima områden. Det framhålls att en stunds mer allmänt samtal innan mer djupgående konversation krävs för att parterna skall få möjlighet att bekanta sig med varandra. Vårdaren inser svårigheten för patienten att tala om sina innersta känslor med någon fullständigt obekant. En stegvis upptrappning och ett successivt närmande mot svårare områden är därför ett medvetet val som vårdaren använder sig av i försök att upprätta samtal med den suicidala patienten. En informant uttrycker:

”Sedan försöker man ju att börja nysta. Man börjar lite lugnt med frågor om personnummer, tidigare sjukdomar, överkänslighet, har du druckit, har du tagit något annat, anhöriga. Förhoppningsvis svarar patienten och ställer sig villig till att samtala. Efter en stund, om det är lugnt, brukar jag ställa frågor gällande handlingen. Har du gjort detta förut, har du kontakt med psyk och vad var avsikten med det som du gjorde. Lite allmänt för att sedan tränga djupare.”

Känslomässig påfrestning

Känsla av otillräcklighet

Vårdarens utbildning upplevs inte ge rätt verktyg för att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar och ofta med svår bakomliggande psykisk sjukdom. Många vårdare beskriver osäkerhet och rädsla för att göra fel. Påbörjandet av ett samtal med patienten kan bli så pass svårbemästrat både känslomässigt och ur ett vårdande perspektiv, att initiativet till samtal uteblir från vårdarens sida. Vårdarens känsla av otillräcklighet och rädsla för att misslyckas i kommunikationen med patienten gör att inget förtroende dem emellan uppstår. Otillräckligheten kan också beskrivas genom de till buds stående resurser som finns prehospitalt, där den ofta korta vårdtiden får vårdaren att uppleva mötet med patienten likt enbart en transport mellan två enheter och att patienten inte får någon givande vård förrän man transporterat patienten till slutdestinationen, ofta en psykiatrisk akutvårdsavdelning. Det känns inte meningsfullt att inleda någon djupare diskussion med patienten om dennes situation, då känslan blir att inget värdefullt hinner komma fram under den korta tidsperioden. Upplevelser av att inte starta något som inte hinner avslutas, beskrivs som en känsla av otillräcklighet:

”Jag tycker att patientkategorin är mycket svår, mycket svårare än somatiska tillstånd som kanske är något jag som vårdare lättare kan underlätta. Det känns lite futtigt när en människa mår dåligt och man egentligen bara skall lämna över till någon annan snart.”

Uppleva obehag av patientens berättelse

Ett känslomässigt obehag efter en patientkontakt med en suicidal person är vanligt förekommande. Patientens berättelse kan många gånger vara väldigt gripande och chockerande. Eftersom vårdaren kan behöva tränga djupt in i patientens värld för att få ett sammanhang och en förståelse av handlingen, kan berättelsen sätta sig djupt och detaljerat hos vårdaren och göra den svårt att släppa. Yngre suicidala patienters berättelser och situation verkar vara det som sätter sig djupast hos vårdarna, där många upplever att de drar paralleller till sina egna jämnåriga barn. Obehaget kan dröja sig kvar länge och behandlas oftast genom samtal med kollegor. En informant uttrycker sina upplevelser av obehag efter en patientkontakt:

”Jag upplevde ett klart obehag efter uppdraget, sexuella övergrepp och denna biten, något som jag inte konfronterats med innan och frågan om det blev bra för henne på BUP som vi körde henne till. Hur skulle det gå med kontakten mellan henne och mamman? Då mamman inte trodde på hennes anklagelser gentemot sin man. Det funderade jag rätt länge på. Jag kommer ihåg det tydligt fortfarande trots att det var ett par år sedan.”

Känna uppgivenhet och frustration inför patientens utsatta situation

Samhällets bristande förmåga att ta hand om personer som mår så dåligt att de ligger i riskzonen eller redan har genomfört en suicidhandling är en orsak till frustration bland vårdarna. Frustrationen riktar sig ofta mot psykiatrin, vilken enligt vårdarna inte verkar klara av belastningen av den många psykiskt sjuka med suicidalt beteende. Ofta beskrivs en barriär mellan den somatiska akutsjukvården och den psykiatriska akutsjukvården där patienten hamnar mellan stolarna. Den suicidale patienten upplevs inte få rätt vård, det vill säga psykiatrisk vård. Den suicidale patienten skall först bedömas av den somatiska vården, enligt vissa informanter många gånger i onödan. Tillståndet för patienten är inte så pass allvarligt att detta skulle behövas. Upplevelsen är att den primära vården som den suicidala patienten behöver fördröjs genom detta förfarande. Vårdarna känner uppgivenhet när de har vårdat en patient för samma suicidala beteende flera gånger men ingen förbättring av patientens tillstånd kan urskiljas. Det finns också frustration i möten med yngre suicidala patienter vilka normalt skall ha ett långt liv framför sig men inte verkar få den hjälp de behöver utan ofta verkar lämnas på egen hand med enbart medicinsk behandling och bristande uppföljning och vårdande samtal från psykiatrins sida. En informant berättar:

”Känner väl ibland att det känns lite tröstlöst. De är så himla många upplever jag och de finns överallt, på alla adresser om man säger så. Det är tragiskt med patienter som mår så himla dåligt så att de känner att ta livet av sig är bästa utvägen. Det känns som det är så få av dem som blir bättre.”

Värdering av patientens önskan att dö

Uppfatta platsens betydelse

Vårdarna ger uttryck för att platsen som den suicidale patienten befinner sig på vid händelsen många gånger kan stärka allvarlighetsgraden av suicidförsöket. Järnvägsräls, höga broar, vattendrag och uppriggade snaror ger uttryck för ett mer aggressivt tillvägagångssätt och att patienten verkligen har bestämt sig för att suicidera. Oftast är det också någon annan än patienten själv som har larmat vid dessa tillfällen. Suicidhandlingar i hemmamiljö upplevs oftare innebära ett rop på hjälp och att patienten själv i större utsträckning söker hjälp. Vid suicidförsök i hemmamiljö riskerar patienten i större grad upptäckt än om han/hon skulle söka sig till en främmande plats. En informant tolkar patientens val av plats:

”Det kanske styrker det att hon hade bestämda planer. När hon var på den platsen som hon var. Man har ju varit på uppdrag innan då folk valt att ta livet av sig med hjälp av tåg. Vilket hon också i och för sig bekräftade senare.”

Fråga om patientens motiv och mål

Den direkta frågan till patienten om tanken bakom och meningen med handlingen upplevs mycket viktig. Frågan i sig själv kan av många vårdare kännas svår att ställa till den många gånger ledsna och psykiskt instabila patienten. Ändå har frågan ställts till patienten av samtliga informanter i studien. Just denna fråga upplevs ha stor betydelse för det fortsatta vårdförloppet, vilket uttrycks av samtliga vårdare. Svaren som patienterna ger tolkas av vårdarna med mer eller mindre tilltro. Men ett verbalt eller på annat sätt allvarligt menat uttryck från patienten gällande suicidönskan, identifieras och tas på stort allvar av vårdaren. Detta uttrycks enligt följande av en informant:

”Vad jag har fått lära mig under min utbildning, att har de väl bestämt sig så har de även bestämt tid och sätt att göra det på. Uttalar de det, så är det lite som att ta det är lika med att det är allvarligt menat. Och kan man få det av en patient 'jag tänkte göra det på måndag och jag tänkte göra det med tabletter', då får man ta det på riktigt allvar.”

Sakna skattningsinstrument för suicidrisk

Upplevelsen av att mycket kan göras för att förbättra den prehospitala vården av suicidala patienter är tydlig. Det förs särskilt fram av vårdarna att de saknar ett fungerande instrument för att skatta patientens suicidrisk. Att kunna göra detta genom ett enkelt och prehospitalt anpassat instrument anses av vårdarna som mycket betydelsefullt för patientens fortsatta hälsa. Att instrument finns för att göra en god bedömning av patientens fysiska tillstånd upplevs av vårdarna som tillfredställande och till stor hjälp, medan en klar brist uttrycks gällande patienter med psykisk ohälsa. Ett skattningsinstrument som hjälp i bedömningen skulle vara mycket värt enligt informanterna. En informant uttrycker:

”Det psykiska hamnar lite i skymundan och det är ändå de patienterna som man många gånger ser som mycket svårare att handskas med. När ska vi hålla på att bråka med dem? Vi ska ju inte gå in i något slagsmål eller dylikt. Det blir väldigt knepiga situationer ibland och då har man inte den utbildningen i grunden som man behöver. Ett verktyg som skulle göra detta lättare är givetvis något som man väldigt gärna skulle vilja ha.”

Betona suicidrisk vid överrapportering

Vårdarna betonar vikten av att föra viktig information vidare i vårdkedjan, information som patienten delgett honom/henne. Stort fokus läggs på vad patienten delger vårdaren och denna information är en betydande grund för överrapporteringen till nästa instans, tillsammans med patientens vitala parametrar. Bland det absolut viktigaste som vårdaren vill ha bekräftat från patienten är hur pass allvarligt menad den suicidala handlingen var. Detta för att patienten skall få den bästa tänkbara vården och att allvarligt menade handlingar inte förringas utan patienten hålls under god uppsikt

framöver i vårdförloppet för undvikande av en fullgången suicidhandling. En informanter ger ett exempel på vikten av att betona suicidrisk vid överrapportering:

”Jag fick ju med mig rätt så mycket av hennes information, det hon hade i sina tankar och hon sa ju det rakt ut på min fråga. Ja, jag vill dö! Då har jag ju ett direkt suicidalt uttryck och kan rapportera detta när jag kommer till PIVA. Detta är på riktigt, inte att jag tror, utan patienten har verkligen allvarligt menat sagt det.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ forskningsmetod ansågs lämplig för att beskriva det undersökta området. Med strategiskt urval kunde man sträva efter en jämn könsfördelning mellan informanterna samt spridning i ålder och yrkeserfarenhet, något som anses stärka giltigheten i denna typ av studie enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Informanterna fick själva välja plats för intervju. Detta bidrar till en mer avslappnad och öppen intervju enligt Kvale och Brinkmann (2009). På så sätt fick man informanterna att tala fritt och berätta obehindrat om patientfallen de varit med om. Författarna upplevde långa och uttömmande berättelser när de lyssnade av ljudinspelningarna från intervjuerna. Detta får ses som en styrka i studiens giltighet.

Ambulanssjuksköterskor från två ambulansstationer i samma ambulansorganisation i södra Sverige deltog i studien. Detta måste ses som en begränsning i studiens trovärdighet vad det gäller överförbarhet till andra verksamheter och miljöer. Man kan tänka sig att resultatet kan överföras till liknande verksamheter i Sverige, på ambulansstationer i små och medelstora städer med liknande bemanning och belastning samt eventuellt även i storstadsmiljö. Dock behöver fler studier utföras där man undersöker eventuella skillnader geografiskt samt även i storstadsmiljöer. Trots att urvalet innebär en svaghet för resultatets överförbarhet, var avgränsningen och storleken på studien en nödvändig strategi för att arbetet skulle hinnas inom avsatt tid för en magisteruppsats.

Båda författarna är verksamma inom ambulanssjukvård och har ett flertal gånger vårdat patienter som studien avhandlar. Trots försök att medvetandegöra den egna förförståelsen är det möjligt att denna inte har kunnat hållas tillbaka fullt ut, utan att författarna ställt ledande frågor till informanterna. Detta är något som försvagar tillförlitligheten i studien. Dock utfördes varsin pilotintervju vilken granskades av handledaren och där detta belystes. Författarna lärde sig mycket av dessa och blev förberedda inför de fortsatta intervjuerna. Detta borde stärka studiens tillförlitlighet.

Ingen av författarna har tidigare arbetat med kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Denna brist på erfarenhet skulle kunna anses försvaga studiens trovärdighet och initialt kändes det närmast kvävande med den stora mängden insamlad data. Författarna hävdar dock att man haft god hjälp av sin handledare, som är

erfaren och kunnig inom området och genom regelbundna grupphandlingar tillsammans med andra studenter och ytterligare en mycket erfaren och kunnig handledare har man lärt sig mycket. På så sätt har författarna vägletts rätt och det faktum att flera sakkunniga har gett råd för vidare analysarbete, torde innebära en styrka och öka tillförlitligheten i studien och att data blivit väl bearbetad och ordentligt uttömd.

Resultatdiskussion

Författarnas syfte var att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar. Två områden utgjorde återkommande och viktiga upplevelser i vården av dessa patienter. Den ena upplevelsen var relaterad till bemötandet och omhändertagandet av patienten för att få fram information om patientens intention med sin handling. För att nå detta arbetade ambulanssjuksköterskorna utifrån ett empatiskt, bekräftande och inkännande förhållningssätt. Patienten bemöttes med respekt och om tillståndet tillät, gavs tid att berätta sin historia. På så sätt beskrev de att de fick en gemensam och givande kommunikation med patienten. Den andra återkommande upplevelsen var relaterad till vårdarens egen känslomässiga påfrestning efter vården av en suicidal patient. Patienters gripande livsöden kunde bli en börda för ambulanssjuksköterskorna, framförallt i vårdsituationer då vårdaren kunde relatera patientens berättelse till sin egen livssituation. Vården upplevdes på många sätt som bristfällig. Exempel på detta är bristande samspel mellan somatisk vård och psykiatrisk vård eller då ett nytt möte med samma patient avslöjar att tidigare insatser inte förbättrat patientens situation.

Vikten av ett gott patientbemötande

Vårdarna såg den största och viktigaste utmaningen i att skapa en relation med patienten. Behovet av ett förtroende från patientens sida ansågs ytterst viktigt så en givande kommunikation kunde etableras. Vårdarna ansåg att det nästan alltid upprättas någon form av kommunikation och relation i ett vårdsammanhang, men att det i vården av svårt psykiskt sjuka människor med suicidhandlingar var än mer viktigt med kommunikation än i andra situationer. Detta för att kommunikationen i mycket större grad än kliniska mätvärden kunde förmedla hur pass sjuk patienten var. Många gånger kan det vara en mycket avancerad och krävande uppgift för vårdaren att skapa denna relation med patienten. Vårdarna kände en brist i hur man bemöter patienter som upplevde en sådan livskris att de funderade på eller hade genomfört ett suicidförsök. Vårdarna upplevde att de genom sin tidigare utbildning stod dåligt rustade för denna typ av patientrelation och det medföljande bemötandet och kommunikationen det innebar. Trots den upplevda kompetensbristen hos ambulanssjuksköterskorna visar exempelvis Nyström et al (2009) att vårdarna i den studien gjorde vad de kunde utifrån sina förutsättningar. De förstod vikten av ett bra bemötande och relationsbyggande arbete gentemot patienten. Vårdarna hade förmågan att inse att de spelade en mycket viktig roll för patienten genom att bemöta denne på ett sätt som förmedlade att patientens upplevda situation hade verklig betydelse för dem som vårdare (Nyström et al, 2009). På detta vis kan man ingjuta ett visst hopp hos patienten vilket kan förebygga återfall i suicid, vilket också ligger i linje med vad Cutcliffe et al (2005) påvisar i sin studie.

Vidare beskrivs det i suicidprevention inom vuxenpsykiatri (Region Halland, 2012) att ett gott bemötande av en suicidal patient samt dess anhöriga från vårdarens sida bygger på respekt, värme och engagemang. Detta för att skapa den tidigare nämnda relationen med patienten och även anhöriga. Relationen som byggs upp och kommunikationen som sker denna skall vårdaren använda. Bemötandet skall innefatta gemensam kommunikation om de omständigheter vilka lett fram till patientens tankar och suicidala beteende. Vårdaren skall vara bekräftande, empatisk och inkännande. Vårdaren kan hjälpa patienten med att sätta ord på sina känslor och få en ökad förståelse för sin situation. Dessa patienter har en sämre problemlösningsförmåga och ett suicidalt beteende är för dem ett försök att lösa problem vilka anses vara olösliga. Vårdaren kan med fördel hjälpa patienten att se andra lösningar på sitt problem.

Finna bakgrund och syfte till handlingen

Sett över hela världen är akutsjuksköterskan oftast den första vårdkontakten för den suicidala patienten. Sjuksköterskans bemötande och handhavande av patienten i detta tidiga skede kan bli helt avgörande för det fortsatta arbetet för suicidprevention (Osafo et al, 2011). Samtliga informanter i denna studie av ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar såg det som en betydande huvuduppgift att hitta vägar för att identifiera patientens avsikt med sin handling. Efter att vårdaren bedömt att patienten inte var i direkt livsfara så påbörjades arbetet med detta. Informanterna uppgav olika tillvägagångssätt för att nå fram till en identifierad allvarlighetsgrad. Många informanter uppgav att de tyckte att tiden många gånger var knapp till det ofta krävande och djupa samtalet med patienten, ändå var alla informanter samstämmiga i betydelsen av att få patienten till att yttra sig om avsikten med sin handling. Att vårdarna såg patientens intention så betydelsefull beskrivs av många informanter som att de såg sin prehospitala insats vara en del i något större och kommande för patienten. En prehospitalt identifierad, hög allvarlighetsgrad i patientens handling skulle då överrapporteras och ge patienten bättre förutsättningar i den kommande vården. Osafo et al, (2011) anser det viktigt att belysa personalens vilja och goda förmåga att lokalisera patientens intention med handlingen i detta tidiga skede av vården. Detta ligger i linje med vad informanterna i föreliggande studie påtalar. I Osafo et al (2011) studie belyses även en skillnad mellan psykologers och sjuksköterskors förhållningssätt till suicidala patienter. Sjuksköterskorna var mer moraliserande och skuldbeläggande. Psykologerna såg handlingen som ett resultat av psykisk ohälsa och hade en mer empatisk hållning gentemot patienterna. Här ses en klar skillnad gentemot resultatet av denna studie där ambulanssjuksköterskorna förhåller sig mer likt psykologerna, det vill säga empatiskt och vårdande. Förmågan att identifiera allvarlighetsgraden med suicidalhandlingen grundlades av vårdarens förmåga att skapa förtroende med patienten. Enligt Cutcliffe et al (2005) är det första viktiga steget i omvårdnaden av en suicidal patient ett varmt, omvårdnadsbaserat och medmänskligt möte där patienten känner sig bemött av vårdaren med respekt, betydelse och ges tid att berätta sin historia. Samstämt med vad Cutcliffe et al (2005) belyser i sin studie ser också författarna till denna studie hur vårdarna efter det de lyckats etablera förtroende med patienten bemötte patienten på liknande sätt. Flera beskrivningar gjordes av informanterna avseende patientrespekt, patientens egenvärde och patientens tidsbehov under det prehospitala mötet. Genom att bedriva vården på detta sätt kunde många

informanter rapportera en från patienten uttryckt intention till nästa vårdinstans. Vidare kunde också den suicidale patienten vid ett antal tillfällen ge uttryck för ett visst hopp om framtiden tack vare den engagerade vårdaren, vilken sett, lyssnat och tagit patienten på allvar. Att ge patienten framtidstro och hopp är enligt Cutcliffe et al (2007) av stor vikt i vården av den suicidale patienten.

Att uppleva obehag av patientens berättelse

Mötet med den suicidala patienten lämnade djupa spår hos vårdarna. Dessa kunde yttra sig som ett känslomässigt obehag hos ambulanssjuksköterskorna. Anledningen till detta var att patienternas berättelser både var chockerande och gripande. I sin vilja att utföra god vård sökte vårdarna komma patienterna nära för att få en förståelse och motiv för deras handlande. På så vis fick de ta del av detaljerade och gripande livsöden, vilket etsade sig fast i minnet. Värst var de fall där unga var inblandade och där vårdarna kunde relatera till sin egen hemsituation och egna jämnåriga barn. Detta blir en uppenbar stress för ambulanssjuksköterskorna. Jonsson (2009) beskriver: *"Det är när vårdaren måste identifiera sig med patienten eller dennes närstående som en händelse upplevs som traumatisk."* Jonsson (2009, s 42). Vidare beskriver Jonsson att det ofta inte är de stora trafikolyckorna med många skadade som är svårast för ambulanspersonal att klara av. Där har man klara rutiner att falla tillbaka på vilket gör det lättare att hålla känslorna på avstånd. Vid suicid i exempelvis hemmiljö där vårdarna behöver stanna kvar hos närstående flera timmar leder detta till att personalen känner sig ensamma och utlämnade. Detta blir mer traumatiserande för ambulanspersonalen. Dessa situationer beskrivs även som svåra och betungande av ambulanssjuksköterskorna i föreliggande studie och framförallt då det är unga personer inblandade, trots att deras berättelser handlar om personer som "bara" utfört suicidförsök och inte fullbordade suicid.

Ambulanssjuksköterskorna beskrev att de kunde bära med sig dessa minnen flera år. Detta går i linje med Dahlberg och Segesten (2010) som beskriver hur vårdare kan hamna i situationer som väcker mindre goda känslor till liv. Dessa känslor varken får, eller kan, döljas utan måste istället bearbetas och hanteras för att vårdaren skall kunna ge fortsatt god vård. En vårdare som själv mår dåligt klarar förmodligen inte att möta patienten i dennes livsvärld och kan därmed inte erbjuda en god vård enligt Dahlberg och Segesten (2010). Resultatet visade att ambulanssjuksköterskorna hanterade detta genom att samtala med kollegor. Jonsson (2009) beskriver just att det stöd som finns i den närmaste omgivningen är det viktigaste stödet för att kunna hantera traumatiska händelser. Arbetskamrater är kanske de viktigaste personerna för att förebygga och mildra effekterna av obehagliga upplevelser i arbetet. Trots detta visar resultatet att ambulanspersonalen bär med sig minnesbilder flera år efter ett specifikt patientfall som väckt obehagskänslor. Kanske behöver ambulanssjukvården utveckla sin förmåga att ta hand om personalen efter omskakande upplevelser med exempelvis kamratstöd, som enligt Jonsson (2009), ibland benämns som den emotionella första hjälpen.

Att känna uppgivenhet och frustration inför patientens utsatta situation

Ytterligare känslomässig påfrestning för vårdarna yttrade sig likt frustration och känslor av uppgivenhet. Ambulanssjuksköterskorna uttryckte att det är så många i samhället som mår psykiskt dåligt. Dessutom upplever de att många av patienterna träffar de gång på gång på grund av upprepade suicidförsök. Detta stöds av Johannessen et al (2009) vilka fastslår att personer som tidigare försökt att begå suicid löper en ökad risk för ett fortsatt suicidalt beteende. Än mer tragiskt, beskriver vårdarna i denna studie om ambulanssjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar, att det är vanligare att patienterna blir allt yngre. Detta går i linje med Statistiska Centralbyråns (2013) siffror som visar att suicidförekomsten bland de unga ökat svagt. Frustrationen och uppgivenheten grundar sig i att ambulanssjuksköterskorna saknar tilltro till den fortsatta vården. De uttrycker att samhället har en bristande förmåga att ta hand om dessa patienter. Mest kritik riktas mot den psykiatriska vården, vilken enligt vårdarna har alltför bristande resurser för att ta hand om den ökande mängden psykiskt sjuka som lider av suicidala tankar och handlingar. Dessa brister belyses också i Chan et al's studie (2008) som påtalar bristen av tidig kompetent bedömning för den ökande mängden suicidala patienter. Detta på grund av för låg personaltäthet både gällande kompetenta sjuksköterskor samt läkare. Vidare påtalar vårdarna i föreliggande studie att det inte finns något väl fungerande samarbete mellan den somatiska vården, dit patienterna många gånger måste hänvisas först, och den psykiatriska vården. Detta leder ofta till att den så nödvändiga akuta psykiatriska vården fördröjs och ibland till och med helt uteblir. Ett tvärprofessionellt förhållningsätt mellan blocken, somatisk och psykiatrisk vård, behövs enligt Voort et al (2011) för att vården av patienten skall bli optimal.

Slutsats

Studien visar hur komplicerad och svår vården av suicidnära patienter är. Den visar att det ställs höga krav på ambulanssjuksköterskor som vårdar dessa patienter. Trots att vårdarna utsätts för känslomässig påfrestning genomsyras vården av en vilja att skapa en relation med patienten och få denne att känna sig sedd och bekräftad. Man kan också skönja att ambulanssjuksköterskorna ger uttryck för att de saknar adekvat utbildning för att vårda patienterna på bästa sätt. De upplever även brister i den psykiatriska vården och hur samarbetet fungerar med ambulanssjukvården, vilket ger upphov till frustration och uppgivenhet hos ambulanssjuksköterskorna.

Kliniska implikationer

Nedan följer förslag på områden som studien visar behöver utvecklas, både på det individuella planet för vårdarna, samt på ett övergripande organisatoriskt plan inom vården, för att kunna möta det ökande behovet från denna patientgrupp:

- Ökade utbildningsinsatser till ambulanssjuksköterskor vad det gäller vården av patienter med suicidala tankar och handlingar.

- Handledning inom ambulanssjukvården, där känslor och upplevelser som uppkommit i vården av dessa patienter kan diskuteras, bearbetas och ge nyttig lärdom för framtiden.
- Framtagande av behandlingsriktlinjer och bedömningsinstrument till ambulanssjukvårdare som stöd i vården av patienter med suicidala tankar och handlingar.
- Främja ökad förståelse och samarbete mellan olika vårdenheter, t ex mellan somatiska akutmottagningar och psykiatriska akutmottagningar eller ambulanssjukvården och psykiatriska akutmottagningar.
- Utarbeta någon form av snabbspår (vårdkedja) för dessa patienter liknande de som funnits i många år för akutmedicinska åkommor.

Slutligen kan det konstateras att det finns ytterst lite forskat inom det aktuella problemområdet. Det finns således ett stort behov av vidare forskning inom området för att utveckla och förbättra vården för patienter med suicidala tankar och handlingar.

REFERENSER

Ahl, C., Hjärte, L., Johansson, C., Jonsson, A., Wireklint-Sundström B. & Suserud B-O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency Nurse*, 13(8), ss. 30-36.

Ahrens, B., Linden, M., Zäske, H. & Berzewski, H. (2000). Suicidal behaviour – Symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), ss. 116-121.

Ajdacic-Gross, V., G Weiss, M., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller F. & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), ss. 726-730.

Beskow, J. (2000). *Självmod och självmordsprevention*. Lund: Studentlitteratur.

Brådvik, L. & Berglund, M. (2011). Repetition of suicide attempts across episodes of severe depression Behavioural sensitization found in suicide group but not in controls. *BMC Psychiatry*, 11(5), ss. 111-122.

Carlborg, A., Jokinen, J., Nordström, A-L., Jönsson G, E. & Nordström, P. (2009). Attempt suicide predicts suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), ss. 68-72.

Chan, S., Chien, W. & Tso, S. (2008). The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), ss. 2884-2894.

Chiles, J. & Strosahl, K. (2005). *Clinical Manual for assessment and treatment of suicidal patients* (1th Ed.) American Psychiatric Publishing, Inc.

Codex (2013). *Forskningsetisk prövning*. Hämtad 2013-05-09 från: <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>

Cutcliffe, J. & Stevenson, C. (2007). Feeling our way in the dark: The psychiatric nursing care of suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), ss. 942-953.

Cutcliffe, J., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2005). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), ss. 791-802.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Gelder, M., Mayou R. & Cowen, P. (2001). *Psychiatry* (4th ed.) New York: Oxford University Press.
- Grollman, E. (2000). *Själv mord; Förhindra, Ingripa, Hjälpa efterlevande*. Lysekil: Slussens bokförlag.
- Helofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2009). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson, L., Gustavsson, L. & Renberg, E. (1988). *Om självmord: ett diskussionsinlägg från en psykiatrisk klinik*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Johannesson, H., Dieserud, G., de Leo, D., Claussen, B. & Zahl, P-H. (2011). Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Baerum, Norway. *BMC Public Health*, 11(81), ss. 216-225.
- Jonsson, A. (2009). Stress inom ambulanssjukvården. I Suserud, B. & Svensson, L. (Red.) *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber, ss. 39-47.
- Karolinska Institutets folkhälsoakademi, (2009). *Själv mord i Europa och världen*. Hämtad 2013-05-01 från:
<http://ki.se/content/1/c6/08/20/22/sjalvmord%20i%20europa%20och%20varlden%20KFA%20091218.pdf>
- Kelly, C., Jorm, A., Kitchener, B. & Langlands, R. (2008). Development of mental first aid guidelines for suicidal ideation and behavior: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 8(17), ss. 1117-1126.
- Keogh, B., Doyle, L. & Morrissey, J. (2007). Suicidal behavior. A study of emergency nurse's educational needs when caring for this patient group. *Emergency Nurse*, 15(3), ss. 956-963.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lipton, L. (2006). Emergency Responders Management of Patients Who May Have Attempted Suicide: *The Internet journal of Rescue and Disaster Medicine*, 5(2), ss. 320-331.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 159-172.

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, (2013). Karolinska Institutet, Stockholm. *Metoder för självmord i Sverige*. Hämtad 2013-04-30 från: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39498&a=151919&l=sv>

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, (2013). Karolinska institutet, Stockholm. *Att prata om självmord är ett skydd för livet*. Hämtad 2013-05-07 från: <http://ki.se/content/1/c6/12/25/35/att%20prata%20om%20sjalvmord%20ar%20ett%20skydd%20for%20livet%20okt2011.pdf>

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, (2013). Karolinska Institutet, Stockholm. *Självmord i Sverige*. Hämtad 2013-05-01 från: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39498&l=sv>

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, (2013). Karolinska Institutet, Stockholm. *Självmordsstatistik i Sverige-Män*. Hämtad 2013-05-01 från: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39498&a=86660&l=sv>

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, NASP, (2013). Karolinska Institutet, Stockholm. *Självmordsstatistik i Sverige-Kvinnor*. Hämtad 2013-05-01 från: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=39498&a=86664&l=sv>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B, Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Review*, 30 (1), ss. 133–154.

Nyström, M., Carlsson, G., Nyberg, U.K. & Larsson Omerov, P. (2009). Psykisk ohälsa. I *Prehospital akutsjukvård*. Suserud, B.O. & Svensson, L. (red). Stockholm: Liber, ss. 337-347.

Osafo, J., Knizek, B.L., Akotia, C.S. & Hjelmeland, H. (2011). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), ss. 691-700.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Di Vittorio, C., Convell, Y., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P. & Amore, M. (2010). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry Research*, 186(11), ss. 300-305.

Prasko, J., Divekya, T., Grambala, A. & Latalova, K. (2010). Suicidal patients. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*, 154(3), ss. 265-274.

Region Halland (2012). *Suicidprevention inom vuxenpsykiatrin*. Hämtad 2013-08-28 från: <http://www.regionhalland.se/PageFiles/42931/Suicidprevention%20best.pdf>

Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P. & Långström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ*, 45(4), ss. 320-329.

Runeson, B., Renberg, E., Westrin, Å. & Waern, M. (2012). *Den suicidnära patienten – Värdering och hantering av suicidrisk*. (1:a utg.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2013). *Själv mord*. Hämtad 2013-05-01 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/sjalvmord>

Socialstyrelsen (2013). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag*. Hämtad 2013-05-07 från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9448/2006-107-23_200610723.pdf

Statistiska centralbyrån (2009). *Själv mord är vanligast bland äldre män*. Hämtad 2013-05-01 från:
http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0001_2009K04_TI_04_A05TI0904.pdf

Voort, T., Meijel, B., Goossens, P., Renes, J., Beekman, A. & Kupka, R. (2011) Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11(133), ss. 987-995.



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård vid Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vår magisteruppsatts är en kvalitativ intervjustudie med syfte att belysa ambulanssjuksköterskans vårdande av patienter med suicidala tankar och handlingar.

Vi önskar få ett underlag på 6-8 interjuver av ambulanssjuksköterskor inom region Halland.

Det finns redan mycket forskat gällande suicidbenägna patienter inom psykiatrin. Men ytterst lite forskning är gjord utifrån ett prehospitalt perspektiv. Upplevelsen om att det fortfarande finns begränsningar i samspelet mellan somatisk och psykiatrisk vård gör att det många gånger upplevs som svårt att som vårdare hitta rätt vårdinstans för dessa typer av patienter. Avsaknad av en god vårdkedja för suicidbenägna patienter ses som ett problem. En större kunskap och förståelse till dessa situationer och patienter hoppas vi att denna uppsatts skall kunna bidra med.

Insamlingen av data kommer att ske genom djupintervjuer som spelas in på band och sedan skrivs ut ordagrant. Resultatet kommer framkomma efter bearbetning, analysering och sammanställning av materialet.

Informanterna till studien skall vara ambulanssjuksköterskor som har varit verksamma inom yrket under minst 5 år. Informanternas deltagande kan när som helst avbrytas utan förklaring och bygger på informerat samtycke samt frivillighet. Vid publiceringen av resultatet kommer detta att vara avidentifierat samt hanteras varsamt och konfidentiellt under studiens hela förlopp. Efter att studien är avslutad kommer all information hämtad från informanterna att förstöras.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare. Studien kommer under sommaren 2013 att publiceras på Högskolan i Borås: <http://bada.hb.se>

Med vänlig hälsning

Student/leg. Sjuksköterska

Mauritz Grunditz 0709-XXXXXX
mauritz.grunditz@regionhalland.se

Daniel Johansson 0703-XXXXXX
daniel.johansson@regionhalland.se

Handledare:
Angela Bång 070 -XXXXXXX
angela.bang@hb.se
Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Mauritz.G och Daniel.J genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Namn, Ort, Datum



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård på Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi har för avsikt att intervjua 6 till 8 ambulanssjuksköterskor med minst fem års erfarenhet av ambulanssjukvård.

Intervjun kommer att ta ca 30-45 minuter och plats bestäms efter överenskommelse. Vår uppsats kommer att beröra prehospital suicidprevention. Syftet med studien är att belysa ambulanssjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med suicidala tankar och handlingar.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Tacksam för att du tar dig tid till att hjälpa oss med vår uppsats.

Bästa hälsningar

Mauritz Grunditz

E-post: Mauritz.Grunditz@regionhalland.se

Tfn: 0709-XXXXXX

Daniel Johansson

E-post: Daniel.Johansson@regionhalland.se

Tfn: 0703-XXXXXX

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Handledare: Angela Bång

Tel nr: 070-XXXXXX

Titel: Universitetslektor

Institutionen för vårdvetenskap

Högskolan i Borås