

Att vårda patienter på IVA efter suicidförsök

Ett sjuksköterskeperspektiv

FÖRFATTARE	Martin Lindeborg Caroline Mörck
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård Examensarbete för magister i omvårdnad OM5320 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Åsa Axelsson
EXAMINATOR	Christina Melin Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Vi vill tacka informanterna för deras deltagande

Vi vill tacka Åsa Axelsson för ett bra samarbete och god handledning

Titel:	Att vårda patienter på IVA efter suicidförsök – ett sjuksköterskeperspektiv
Titel:	Intensive care nurses' perceptions of caring for patients after attempted suicide
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM5320 - Examensarbete för magister i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	30 sidor
Författare:	Martin Lindeborg Caroline Mörck
Handledare:	Åsa Axelsson
Examinator:	Christina Melin Johansson

SAMMANFATTNING

Introduktion: 2012 begicks c:a 1500 suicid i Sverige och antalet suicidförsök ökar. En del av de patienter som försökt ta sitt liv behöver intensivvård. Tidigare forskning pekar på att det är svårt att vårda och bemöta patienter som försökt begå suicid. Intensivvårdssjuksköterskans upplevelser och bemötande av den suicidala patienten kan påverka kvaliteten på omvårdnaden som ges.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva intensivvårdssjuksköterskans uppfattningar av att vårda patienter efter ett suicidförsök.

Metod: En pilotstudie har genomförts med hjälp av en fokusgruppsintervju, där fem intensivvårdssjuksköterskor deltog. Intervjun transkriberades ordagrant och materialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Fyra huvudkategorier framkom ur det analyserade materialet: *Mötet med patient och anhöriga, Vården av patienter efter suicidförsök, En grund till konflikter* samt *Att inte räcka till*.

Sjuksköterskorna efterfrågade framför allt ett bättre samarbete med psykiatrin och mer utbildning om suicidala patienter, då de ansåg att de inte alltid hade tillräcklig kompetens för att möta patientens och anhörigas omvårdnadsbehov. Mötet med patientgruppen väckte starka känslor och tankar hos sjuksköterskorna och kunde i vissa situationer ge upphov till konflikter. Samtliga deltagare ansåg att de bemötte patienter med suicidproblematik på samma sätt som andra patienter.

Slutsats: Vården av patienter efter suicidförsök är komplex och känsloladdad. Det behövs ett bättre samarbete mellan de olika specialiteter som kan vara inblandade i vårdförloppet. Förbättringar av rutiner och mer utbildning kring omvårdnaden av den suicidala patienten och dennes behov skulle stärka intensivvårdssjuksköterskan i mötet med patienten som försökt begå suicid.

ABSTRACT

Introduction: 2012 there were approximately 1500 suicides in Sweden and the number of suicide attempts are increasing. Some of the patients who attempt suicide need intensive care. Earlier studies show that it is difficult to care for and meet patients who attempted suicide. Intensive care nurse's experiences and approach to the suicidal patient can affect the quality of care they provide.

Aim: The aim of this study was to describe intensive care nurses' perceptions of caring for patients after attempted suicide.

Method: A pilot study with one focus-group interview was conducted. Five intensive care nurses participated. The interview was transcribed and the material has been analysed using a qualitative content analysis.

Results: Four categories emerged from the analysed material: *The meeting with the patient and family*, *Providing care to patients after an attempted suicide*, *A reason for conflict*, and *To not be sufficient*. Better collaboration with the psychiatric area of expertise and more education about suicidal patients were essential for the nurses since they believed that they did not always have adequate skills to meet the patient's and family members' needs. The meeting with the patients aroused strong feelings and thoughts and could in certain situations give rise to conflicts. All participants felt that they treated patients with suicidal problems the same way as they treated other patients.

Conclusion: The care of patients after attempted suicide is complex and emotional. There is a need for better cooperation between the different specialities that may be involved in the care process. Improvements in practice and more education would strengthen the intensive care nurse in the meeting with the patient who have tried to commit suicide.

Keywords: Attempted suicide, intensive care, caring, attitudes, perceptions

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Suicid/Själv mord	2
Suicidförsök och vård i den akuta fasen	2
Den suicidala processen och sjuksköterskans roll	3
Intensivvårdssjuksköterskans uppgift och ansvar	3
Teoretisk grund	4
Etisk problematik	4
TIDIGARE FORSKNING	5
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
DESIGN	7
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	9
PILOTSTUDIEN	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	11
MÖTET MED PATIENT OCH ANHÖRIGA	12
Ett möte som berör	12
Att värna om patienten	12
Osäkerhet kring patientens intentioner	13
Risk för att bli manipulerad	13
Att vara stöd för anhöriga	14
VÅRDEN AV PATIENTER EFTER SUICIDFÖRSÖK	14
Behov av samarbete över gränser	14
Behov av anpassade vådrutiner	15
Ett växande problem	15
EN GRUND TILL KONFLIKTER	16
Konflikt med egna värderingar	16
Konflikt mellan vårdpersonal	16
Konflikt med patienten	17
ATT INTE RÄCKA TILL	17
Otillräcklig kunskap	17
Otillräckligt stöd	18
När tiden inte räcker till	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	22
Konklusion	26
REFERENSER	27
BILAGOR	
1 Forskningspersonsinformation	
2 Intervjuguide	
3 Analystabell	

INTRODUKTION

INLEDNING

2012 begick c:a 1500 människor i Sverige suicid (Jiang, Hadlaczky, & Wasserman, 2013). Suicid är en av de vanligaste dödsorsakerna hos unga personer i Sverige, men förekommer även i hög grad hos äldre. Statistik visar på att antalet fullbordade suicid sakta minskar men att antalet suicidförsök ökar. På varje människa som tar sitt liv går det ungefär 10 personer till som försöker begå suicid (Socialstyrelsen, 2003). Det betyder att det begås 15 – 20 000 suicidförsök per år, men mörkertalet kan vara större. Män utgör den största delen fullbordade suicid, främst beroende på att män ofta väljer mer drastiska och våldsamma metoder som hängning och skjutvapen. Hos kvinnor dominerar intoxikation med tabletter och alkohol.

En del av dessa människor kommer att vårdas på en intensivvårdsavdelning (IVA). Äldre forskning visar på att cirka 10 % av de människor som genomför ett suicidförsök hamnar på IVA under kortare eller längre perioder (Suokas & Lönnqvist, 1989). Statistik från Svenska Intensivvårdsregistret (2013) visade att intoxikationer med smärtstillande (Paracetamol, NSAID, opiater), benzodiazepiner, antidepressiva samt neuroleptika stod för cirka 6 % (2400 stycken) av vårdtillfällena inom den svenska vuxenintensivvården 2013. Därtill kommer också ett oklart antal andra suicidförsöksmetoder som kan döljas av till exempel trauma. Enligt E. Leterius (personlig kommunikation, 25 Januari 2014) försvårar bristfällig registrering identifieringen av vilka intoxikationer som begåtts i suicidsyfte. Om en patient läggs in på IVA efter ett suicidförsök beror på graden av den aktuella fysiska skadan, där intensivvårdssjuksköterskans initiala fokus är att stabilisera de fysiska parametrarna (Osborne, 1989).

Forskning visar att patienter som försökt begå suicid är i behov av inte bara somatisk vård utan även på ett tidigt stadium behöver psykologiskt och mentalt stöd innan barriären blir för stor (Vatne & Nåden, 2012). För detta krävs att sjuksköterskan både har tid, är engagerad och ger patienten utrymme.

Intensivvårdssjuksköterskans inställning i mötet med den suicidala patienten kan påverka kvaliteten på omvårdnaden. Den enskilda sjuksköterskans känslor, upplevelser och attityder kan i olika grad styra över dennes handlingar gentemot patienten (Bailey, 1998; Walther, 2009). Att bli trodd och tagen på allvar, att känna sig respekterad är viktigt för alla patienter, men kanske extra viktigt att tänka på i omvårdnadssituationer med sköra suicidala patienter.

BAKGRUND

Suicid/Själv mord

Begreppet suicid härstammar från det latinska språket och innebär ”att döda sig själv”(Suicidprevention i Väst, 2014). Begreppen suicid och självmord har samma innebörd. Själv mord har för de flesta en negativ klang (Walther, 2009). Många som arbetar med dessa frågor vill försöka undvika ordet mord och förespråkar andra formuleringar, till exempel att avbryta livet. Valet av ord och hur vi pratar om suicidala patienter tenderar ofta att spegla våra attityder utan att vi kanske är medvetna om det. Jargongen på avdelningen kan lätt påverka relationen och dialogen mellan sjuksköterskan och patienten eller dennes närstående. Vi bör alltså vara lyhörda för vad som sägs och hur det sägs. Socialstyrelsen (2003) beskriver hur begreppet självmord låter mer negativt än suicid. Därför kommer författarna fortsättningsvis att använda sig av begreppet suicid. Socialstyrelsen (2003) definierar suicid som ”en medveten, avsiktlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden”.

Historiskt sett har suicid varit förbjudet i Sverige och suicidhandlingar setts som ett allvarligt brott. Detta hade sin grund i kristendomen då suicid sågs som ett brott mot Guds vilja. Suicid avkriminaliserades 1864, men religiösa sanktioner efter suicidförsök fortsatte fram till 1908. Under 1900-talet började man se suicid utifrån den psykiatriska vetenskapen, men allmänna tabun kring suicid lever på många sätt kvar än idag (Beskow, 2000).

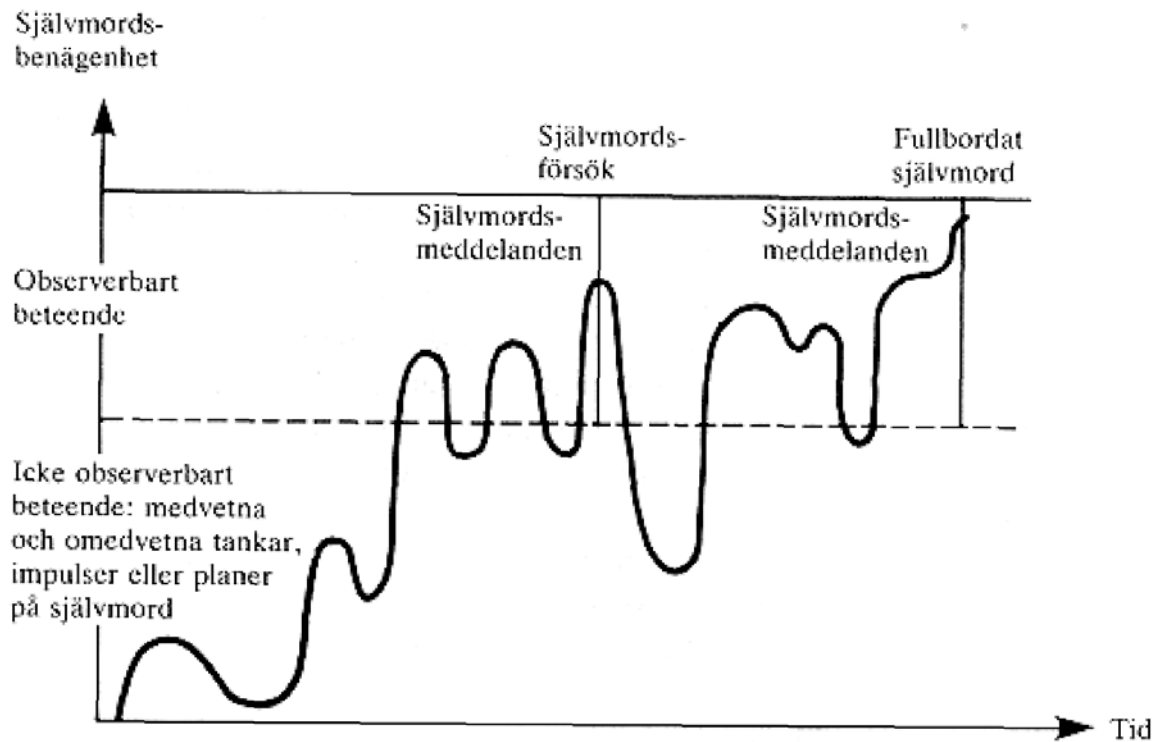
Suicidförsök och vård i den akuta fasen

Socialstyrelsens (2003) definition av suicidförsök ”livshotande eller skenbart livshotande beteende i avsikt att sätta sitt liv på spel eller göra intryck av en sådan avsikt som inte leder till döden” ger en god beskrivning av vad en suicidförsökshandling innebär. När författarna sökte information och tidigare forskning i ämnet kom de också i kontakt med begreppet parasuicide. Detta begrepp beskrivs av Socialstyrelsen (2003) som en något svagare intention att ta sitt liv, men är fortfarande ett suicidalt handlande. De menar att detta begrepp används för att beskriva ett rop på hjälp från den enskilde individen, inte att individen önskar att ta sitt liv och påpekar att begreppet inte bör likställas med begreppet suicidförsök.

Den allra vanligaste suicidförsöksmetoden i Sverige är intoxication som utgör cirka 80% av alla suicidförsök (Socialstyrelsen, 2003). Därefter kommer skärskador i hals, armar och handleder som utgör cirka 10%. Den akuta behandlingen av dessa patienter består först och främst av livsuppehållande åtgärder och symptomatisk behandling (Socialstyrelsen, 2003). Majoriteten av de självorsakade förgiftningarna hos vuxna patienter består av sedativa läkemedel, till exempel bensodiazepiner i kombination med alkohol. Även acetylsalicylsyra och paracetamol förekommer som intoxicationspreparat. I det akuta skedet när en patient med sänkt medvetande inkommer till sjukhus efter ett suicidförsök prioriteras åtgärder som adekvat ventilation och syretillförsel, om nödvändigt också intubering och ventilatorbehandling samt dialys. (Walther, 2009). På grund av ökad risk för arytmier monitoreras även patientens hjärtrytm. Intoxicationsprover och blodgas samt njur- och leverprover tas initialt. Misstänks tablettförgiftning görs ofta en ventrikelsköljning och behandling med antidot kan behöva sättas in. De vanligaste komplikationerna vid intoxication är andningsdepression, aspirationspneumoni, hypotoni och hjärtarytmier. Patienten bör så snart så möjligt bedömas av psykiatrin efter ett suicidförsök

Den suicidala processen och sjuksköterskans roll

Beskow (2000) och Socialstyrelsen (2003) beskriver något som de kallar för den suicidala processen. Processen beskrivs som ett förlopp som tar sin början där den första suicidtanken föds till dess att individen begår suicid. Genom hela processen beskrivs hur suicidbenägenheten ökar och minskar över tid och gränsen för observerbart/icke observerbart beteende passerar flera gånger. Suicidmeddelanden och suicidförsök tenderar att för stunden minska benägenheten för att sedan stiga till nivåer högre än innan. Se modell nedan.



Figur 1: Den suicidala processen

Hämtad 2013-12-16 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf

Modellen visar att efter suicidförsöket minskar suicidbenägenheten till ett icke-observerbart beteende. Men om den drabbade individen inte får rätt stöd i rätt tid så kommer benägenheten att stiga igen och risken att patienten begår suicid är stor. Därför är det viktigt att patienten redan på IVA upplever en god omvårdnad.

Intensivvårdssjuksköterskans uppgift och ansvar

Aitken and Rosalind (2012) beskriver vikten av god omvårdnad av den psykiska hälsan och välbefinnandet inom intensivvården. Det är av stor vikt att intensivvårdssjuksköterskan ser och förhåller sig till patienten utifrån ett perspektiv att flera faktorer spelar in på hälsan hos den enskilda individen för att kunna möta patientens behov. Uppmärksammande och vård av patientens psykiska behov, till exempel ångest, smärta, sömn och delirium är några av uppgifterna som åligger sjuksköterskan. Det kan vara svårt att identifiera dessa problem. Både erfarenhet,

klinisk, teoretisk och livserfarenhet spelar in på sjuksköterskans kompetens och kan påverka omvårdnaden.

Teoretisk grund

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver tydligt hur vård ska ges utifrån en människosyn med alla människors lika värde och främja den enskilda individens värdighet. Lagen beskriver också att vården ska bestå av god kvalitet, täcka patientens behov av trygghet, utgå från patientens rätt till självbestämmande och integritet. Att skapa bra förutsättningar och möjligheter i kontakten mellan personal och patient är också en av grundpelarna i lagen.

Respekt inför den unika människan är grunden i humanistisk vård. I en vårdrelation vågar sjuksköterskan möta människan som befinner sig i lidande. Joyce Travelbee (1971) beskriver omvårdnaden som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan som professionell omvårdnadspraktiker på något sätt hjälper en individ att förebygga eller hantera upplevelser av sjukdom eller lidande och om det finns behov, finna en mening i dessa upplevelser. Omvårdnaden som en mellanmänsklig process involverar även sjuksköterskans omsorg om individens familj och besökare samt relationen till kollegor på avdelningen och övrig vårdpersonal. Det som sker mellan patient och sjuksköterska, hur samspelet mellan dem ser ut kan med andra ord få konsekvenser för patienten och dennes situation.

En mellanmänsklig relation, menar Travelbee (1971), bygger på att sjuksköterskan och patienten ser varandra som unika och individuella människor och tar avstånd från begreppen patient och sjuksköterska. Travelbee hävdar att man bör ta avstånd från en generaliserande människosyn och istället utgå från att människan är en unik och oersättlig individ, där den enskilda individens upplevelser och erfarenheter är ensamma av sitt slag. Mötet mellan patient och sjuksköterska präglas av att de två parterna är främmande för varandra och då tenderar att ha en generaliserande stereotyp uppfattning samt förväntning på den andre. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om hur dessa stereotypa uppfattningar påverkar intrycket av patienten och därmed också den omvårdnad som bedrivs.

En god omvårdnad uppnås enligt Travelbee (1971) genom att sjuksköterskan undviker att sätta etiketter på patienten och inte tolkar denne utifrån likheter med andra patienter som sjuksköterskan vårdat tidigare. Istället bör sjuksköterskan ta sig tid och visa intresse av att lära känna dem och se den unika individen i varje patient. Sympati är ett viktigt begrepp i god omvårdnad och bör präglas av medkänsla och en vilja att hjälpa. Patienten ska inte behöva känna sig ensam utan veta att det finns stöd och omsorg nära till hands.

Etisk problematik

Hälso- och sjukvården baseras på en humanistisk människosyn där människan är central och det är utifrån henne som man förstår och uppfattar världen (Birkler & Björkander Mannheimer, 2007). Intensivvårdssjuksköterskan befinner sig i en vårdmiljö där patienterna kämpar för att överleva där vården fokuserar på att förbättra tillståndet och nå ett positivt resultat. En person som försökt ta sitt liv uppvisar en unik situation då intensivvårdens resurser nu används för att rädda någon som har visat en vilja att dö. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012) har sjuksköterskan fyra basala ansvarsområden som ska prioriteras:

främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande samt återställa hälsa. Utifrån den humanistiska människosynen är begreppet autonomi centralt. Det innebär att patienten är autonom, vilket betyder att denne har rätt att fatta sina egna beslut, rätt till självbestämmande. I en situation med en patient som försökt ta sitt liv hamnar sjukvårdspersonalen i en etisk motsättning, mellan att respektera patientens autonomi och fatta beslut om livsnödvändig behandling och gå emot patientens egen vilja och önskning om att få avsluta sitt liv (Birkler & Björkander Mannheimer, 2007). Grundregeln är att autonomiprincipen ska följas så långt det är möjligt. Behandling mot patientens vilja är endast rättfärdigat i vissa situationer, som t.ex. suicidförsök då lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) träder i kraft. Därför är det av största vikt att psykiatrisk bedömning av den suicidnära patienten görs i ett tidigt skede. I detta fall innebär det att sjukvårdspersonal får bortse från patientens eventuella önskemål om att få dö och fortsätta behandling med stöd från lagen.

Personliga värderingar och normer speglar hur sjuksköterskan ser på patienten (Birkler & Björkander Mannheimer, 2007). Genom en ökad medvetenhet om den egna människosynen kan sjuksköterskan få en djupare förståelse för sina handlingar. Detta ökar förutsättningar för etisk reflektion i vårdetiska dilemman som sjuksköterskan kan komma att ställas inför. Beskow (2000) menar att genom att känna till de egna attityderna som kan finnas till att vårda patienter efter suicidförsök, ökar förutsättningarna för ett bättre bemötande till denna patientgrupp. Attityder kan förklaras som föreställningar, värderingar, att en person har en inställning till en särskild företeelse. Attityder mäts vanligen genom konstruerade frågeformulär och har nära samröre med en persons handlingsberedskap. Attityder kan också variera i styrka, från starkt positiva till starkt negativa. En undergrupp bland negativa attityder är fördomar som vanligtvis bygger på lätt identifierbara kännetecken hos människor t.ex. kön, ålder eller nationalitet. En fördom kan resultera i diskriminerande behandling (Nationalencyklopedin, 2014).

TIDIGARE FORSKNING

Tidigare forskning som behandlar sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter efter suicidförsök är främst fokuserad på psykiatrin. Studier om sjuksköterskor som arbetar inom somatisk vård och deras upplevelser av suicidnära patienter är mer begränsad, särskilt när det gäller intensivvårdssjuksköterskor. Den forskning som finns om intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter efter suicidförsök är till största del gjord under 1980- och 90-talet samt ännu tidigare under 1900-talet. Vi har endast inkluderat studier som berör erfarenheter om suicidvård hos personal och patienter inom den somatiska vården. Generellt för den tidigare forskningen inom detta område är att personalfokuserad forskning kring attityder gentemot suicidala patienter främst gjorts utifrån kvantitativ metod. Studier kring patienters upplevelse har varit mer inriktad på kvalitativ metod.

Tidigare forskning kan delas in i följande grupper:

- Forskning gällande personalens attityder och upplevelser
- Forskning gällande patienters känslor och upplevelser
- Forskning om vården av suicidpatienter inom intensivvård

Forskning gällande personalens upplevelser tar framförallt upp attityder och fördomar och dess påverkan på vården (Anderson, 1997; Davidhizar & Vance, 1993; Demirkiran & Eskin, 2006; Hopkins, 2002; McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006; McLaughlin, 1994; Ouzouni & Nakakis, 2013; Sun, Long, & Boore, 2007; Suokas & Lönnqvist, 1989; Suokas, Suominen, & Lönnqvist, 2008; Wolk-Wasserman, 1985).

Generellt visar tidigare forskning på positiva attityder gentemot suicidala patienter (Anderson, 1997; McCann et al., 2006; McLaughlin, 1994; Sun et al., 2007; Suokas & Lönnqvist, 1989; Suokas et al., 2008) men att det också förekommer negativa attityder och fördomar gentemot denna patientgrupp (Demirkiran & Eskin, 2006; Hopkins, 2002; Ouzouni & Nakakis, 2013; Suokas & Lönnqvist, 1989; Suokas et al., 2008; Wolk-Wasserman, 1985). Negativa attityder och fördomar är inte helt oproblematiskt när vårdpersonal ställs inför att prioritera mellan patienter i stressiga situationer. Här finns det en risk att patienter med ”legitima” diagnoser som dyspné och bröstsmärta prioriteras före suicidala patienter trots att de kan behöva träffa läkaren innan (Hopkins, 2002). Stress kan också vara en bidragande orsak till sämre bemötande av suicidala patienter (Suokas & Lönnqvist, 1989)

Det diskuteras också om hur kunskapsbrist, utbildning och bristande förståelse påverkar sjuksköterskorna i deras arbete (Demirkiran & Eskin, 2006; Hopkins, 2002; McCann et al., 2006; McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2007; McLaughlin, 1994; Ouzouni & Nakakis, 2013; Sun et al., 2007; Suokas & Lönnqvist, 1989; Wolk-Wasserman, 1985). Gemensamt är att personal med högre utbildningsnivå generellt har en mer positiv attityd till suicidpatienter (McCann et al., 2006; Ouzouni & Nakakis, 2013; Sun et al., 2007). Däremot är forskningen mer oense kring angående vilken påverkan arbetserfarenhet och livserfarenhet har för vården av suicidala patienter. En studie visar på att äldre vårdpersonal med mer arbetserfarenhet har en mer positiv attityd (McCann et al., 2006), men i en annan studie är det tvärtom (Demirkiran & Eskin, 2006).

Tidigare forskning gällande patienters upplevelser beskriver flera intressanta teman och är generellt överens. Framför allt beskrivs tiden direkt efter ett suicidförsök som en känslostorm. Känslor som skam, sorg, upprördhet, och skuld är vanligt förekommande uttryck hos patienterna (Vatne & Nåden, 2012, 2014; Wiklander, Samuelsson, & Åsberg, 2003). Fortsättningsvis beskriver forskningen hur viktigt det är med tillit till personalen, att bli bekräftad och förstådd i sitt lidande och att skapandet av en relation mellan vårdare och patient var av stor vikt för att skapa en positiv känsla inför den fortsatta vården. Vissa patienter menade att de lättare kunde hantera sina känslor av skam om de bemöttes respektfullt och vänligt (Talseth, Jacobsson, & Norberg, 2001; Vatne & Nåden, 2012, 2014).

Tidigare forskning om suicidala patienter som vårdas på IVA är mycket begränsad. Men framförallt en studie (Wolk-Wasserman, 1985) tar upp patienternas upplevelse av vård på IVA. Patienterna på IVA uttryckte framför allt att de upplevde de livsuppehållande åtgärderna som fysiskt smärtsamma. De var överlag nöjda med den somatiska vården, men ville inte belasta den somatiska vården med sina psykiska besvär. Några beskrev att de såg personalen mer som en del av tekniken än som individer, andra beskrev hur ångest och osäkerhet kring livet var centrala problem. Vissa patienter berättade också hur de slet ut kanyler och katetrar under vårdtiden.

I samma studie beskriver intensivvårdspersonal att det var svårt att vårda suicidala patienter utifrån flera aspekter. Dels upplevde de att själva mötet väckte känslor, patienterna kunde vara motoriskt oroliga och aggressiva eller hotfulla och försökte slita ut kanyler och slangar för att de ville lämna avdelningen samt problematiken kring att försöka rädda livet på en människa som kanske inte vill bli räddad. Viss personal på IVA kände även skuld-känslor då de upplevde att de inte hade tillräcklig kunskap för att vårda suicidpatienter (Wolk-Wasserman, 1985).

Problemformulering

Tidigare forskning som belyser sjuksköterskors och patienters upplevelse att vårda patienter efter suicidförsök inom den somatiska vården är begränsad, men pekar på flera faktorer som kan påverka vården negativt. Allt fler människor försöker att ta sitt liv och en del av dem kommer att behöva vårdas på IVA. Intensivvårdssjuksköterskor träffar patienten i ett tidigt skede efter suicidförsöket, där patientens situation kan vara som mest kritisk. Dessa sjuksköterskor kan ha begränsad erfarenhet och bristfällig kunskap om suicidproblematik då de är specialiserade på somatiska sjukdomar.

Arbetet med suicidnära patienter kan också väcka frågor kring livet och döden och sätter den egna livsfilosofin på prov. Sjuksköterskan behöver vara medveten om sina känslor och attityder gentemot suicid då religiös tro, livsåskådning och erfarenhet bidrar till att bygga attityder. Att gå in i en vårdrelation med negativa attityder kan ha negativ påverkan på omvårdnaden av patienten.

För att öka kunskapen kring bemötandet och vårdandet av patienter som försökt ta sitt liv behövs en ökad förståelse för de problem och faktorer som kan påverka och leda till suicidala handlingar och suicidalt beteende. Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar av att vårda suicidala patienter är viktigt för att öka kunskapen kring omhändertagandet av patienter som försökt begå suicid.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskans uppfattningar av att vårda patienter efter suicidförsök.

METOD

Design

För att kunna besvara studiens syfte har författarna valt att använda sig av en kvalitativ ansats som syftar till att beskriva och förstå upplevelser, uppfattningar och avsikter (Polit & Beck, 2012). För att samla in data har författarna valt att använda sig av fokusgruppintervjuer. Suicid är ett känsligt ämne och Wibeck (2010) beskriver att fokusgrupper är ett bra forum för att diskutera känsliga ämnen. Fokusgrupper är också lämpligt att använda sig av för att få fram data gällande gruppernas uppfattningar och värderingar (Halkier & Torhell, 2010) samt gruppernas dynamiska interaktion (Polit & Beck, 2012). Det insamlade datamaterialet kommer sedan att analyseras genom kvalitativ innehållsanalys och sammanställas i kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Urval

Sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar inom Västra Götalandsregionen kommer att tillfrågas om att delta i fokusgrupper. Inklusionskriterierna är att deltagarna ska vara vidareutbildade intensivvårdssjuksköterskor, jobba inom intensivvården och ha erfarenhet av att vårda patienter efter suicidförsök. Fyra till sex deltagare per grupp beskrivs av både Wibeck (2010) och Polit & Beck (2012) som en lämplig storlek på fokusgrupperna när det gäller ämnen som kan vara känslomässigt laddade. Studien kommer att omfatta fem fokusgrupper. De som tackar ja kommer att inbjudas till en fokusgrupp vid ett tillfälle. Wibeck (2010) beskriver både fördelar och nackdelar med olika typer av urval och författarna har kommit fram till att använda sig av en homogen grupp. Med homogen grupp menas här en grupp bestående av människor som kommer från samma arbetsplats. I en homogen grupp är chansen större att deltagarna öppnar sig och delar med sig av sina attityder och åsikter då de känner sig mer bekväma (Polit & Beck, 2012; Wibeck, 2010).

Både Wibeck (2010) och Halkier and Torhell (2010) beskriver olika fördelar och nackdelar med att använda sig av grupper där deltagarna redan känner varandra väl. I en sådan grupp brukar deltagarna generellt ha lätt för att delta i diskussionen, medan det i en grupp av deltagare som inte känner varandra kan bli svårt att få igång en diskussion (Wibeck, 2010). Men det finns också risker, till exempel kan ämnen som av gruppen anses självklara falla utanför diskussionen och inte tas upp alls, trots att de är av stor vikt. Wibeck (2010) beskriver här moderatorns roll i fokusgruppen och vikten av att ta upp ämnen som faller utanför i diskussionen.

Datainsamling

Datainsamlingen kommer ske genom fokusgruppsintervjuer. Deltagarna i fokusgrupperna kommer att informeras via en Forskningspersonsinformation (bilaga 1). Fokusgrupperna kommer att genomföras i anslutning till respektive arbetsplats, både för att deltagarna ska känna sig bekväma i miljön, men också för att minska bortfallsrisken (Wibeck, 2010). Deltagarna har hela tiden rätt att tacka nej eller avbryta pågående intervju. Nyckeln till lyckade intervjuer är de frågor som moderatören använder sig av för att guida intervjun (Polit & Beck, 2012). Författarna kommer att agera moderator respektive observatör under intervjuerna.

Tanken är att fokusgruppsintervjuerna ska vara så ostrukturerade som möjligt. Ostrukturerad intervju innebär att moderatören i minsta möjliga mån blandar sig i och försöker leda intervjun in på förutbestämda områden och meningar inom ämnet (Wibeck, 2010). Den ostrukturerade fokusgruppsintervjun syftar till att låta deltagarna interagera med varandra och skapa data för författarna. För att få en bra diskussion kommer deltagarna att introduceras till ämnet för att sedan ledas in i en diskussion. Wibeck (2010) beskriver också att vid diskussioner av känsliga ämnen kan en viss struktur behövas för att styra både gruppens interaktion, men också styra frågor för att inte fokusgruppen ska hamna utanför ämnet. Till hjälp kommer författarna att använda en semistrukturerad intervjuguide som underlag för intervjuerna. (bilaga 2)

Intervjuerna kommer att spelas in för att senare transkriberas. För att i efterhand kunna identifiera vem som sagt vad kommer det vid varje fokusgrupps intervju finnas både en moderator och en observatör. Observatören kommer ansvara för att dokumentera vem som

pratar under intervjun (Wibeck, 2010). Med hjälp av dokumentationen kommer deltagarna sedan att kunna skiljas ut i det inspelade materialet.

Datanalys

När varje fokusgruppsintervju är genomförd kommer författarna att transkribera det insamlade datamaterialet var för sig. För att undvika misstag och fel i transkriptionen kommer båda författarna att gemensamt lyssna och läsa igenom materialet. Det transkriberade materialet kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys så som den beskrivs av Graneheim and Lundman (2004)

Målet med kvalitativ innehållsanalys är att strukturera och organisera för att få fram mening ur datamaterialet (Polit & Beck, 2012). Fokus i den kvalitativa innehållsanalysen ligger på att tolka texter(Graneheim & Lundman, 2004). De beskriver också hur en text kan ha olika meningar beroende på vem som tolkar och dessa olika tolkningar kan vara giltiga även om de skiljer sig åt. Med utgångspunkt från en kvalitativ innehållsanalys och med studiens syfte som riktlinje ämnar författarna beskriva och synliggöra ny information och kunskap som framkommer i det insamlade datamaterialet.

Kvalitativ innehållsanalys har sin grund i ett antal begrepp. Materialet kan analyseras antingen genom manifest eller latent innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Manifest analys innebär att beskriva det som står i texten med så lite tolkning som möjligt. Latent analys handlar om tolkning av underliggande mening i materialet. Författarna ämnar använda sig av en manifest analys och använder därmed kategorier för att presentera resultatet.

Den transkriberade datainsamlingen från fokusgruppsintervjuerna är det som kallas analysenheter. Varje fokusgruppsintervju utgör en analysenhet. Analysenheterna kommer sedan att brytas ner i mindre enheter som kallas meningsenheter. Meningsenheterna är en del av materialet som är meningsbärande och dessa delar kan utgöra grunden i analysarbetet(Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsenheterna kommer att kondenseras vilket innebär att texten kortas av och görs mer hanterbar utan att innehållet förändras (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheterna kodas för att ge en kort innehållsbeskrivning. Flera koder samlas sedan under det som kallas kategori. En kategori ska innehålla koder som är homogena med de andra koderna i samma kategori, men heterogena med koder i andra kategorier. Kategorier med tillhörande underkategorier kommer att sammanställas i resultatet.

Pilotstudie

För att pröva fokusgrupp som datainsamlingsmetod genomfördes en pilotstudie. Studien ägde rum på en allmän intensivvårds-avdelningen på ett universitetssjukhus i västra Sverige. Fem intensivvårdssjuksköterskor rekryterades med hjälp av avdelningens studieansvariga sjuksköterska för att delta i en fokusgruppsintervju. Fyra kvinnliga och en manlig sjuksköterska med mellan 10-37 års erfarenhet från intensivvårdsarbetet deltog i fokusgruppen, vilket var representativt gällande fördelning av män och kvinnor på avdelningen. Intervjun ägde rum i ett konferensrum i anslutning till avdelningen och pågick under en och en halv timma. Deltagarna uppmanades att

fritt berätta och diskutera sina upplevelser av att vårda patienter som försökt begå suicid. Vid ett par tillfällen behövde moderatorn komma in för att få igång diskussionen igen. Detta gjordes utifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (bilaga 2).

Materialet spelades in som en ljudfil som förvarades hos författarna. Det inspelade materialet avidentifierades och transkriberades ordagrant av författarna. Det transkriberade materialet genererade 27 sidor text. I det transkriberade materialet lyftes sedan meningsbärande enheter ut som svarade till studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades för att sedan kodas. De koder som framkom delades sedan in i kategorier och underkategorier. Exempel på analys kan ses i bilaga 3.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska krav innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet och samtyckeskravet uppfylls i denna studie genom att deltagarna informeras via en forskningspersonsinformation med tillhörande skriftligt samtyckesgodkännande. Deltagarna bestämmer själva om och när de vill avbryta. Insamlad data kommer enligt konfidentialitetskravet att avidentifieras. De personuppgifter som framkommer i studien kommer enligt nyttjandekravet inte att användas för att påverka deltagarna eller användas i icke-vetenskapliga syften.

I samband med intervjuer finns det alltid en risk att känsliga ämnen kan tas upp som på olika sätt påverkar deltagarna. När fokusgrupperna pratar om vården kring den suicidala patienten finns det en risk att intervjudeltagarna kan uppleva olika typer av känslor, däribland smärta och olust. Om moderatorn uppmärksammar att deltagare upplever obehag är det viktigt att försöka leda om diskussionen till andra, mindre känsliga ämnen eller ta en paus. Ifall detta sker, kommer författarna att ge deltagarna möjlighet till samtal efteråt och vid behov även få hjälp med professionell samtalskontakt. Det föreligger en viss risk att vissa specifika patientfall kan komma upp i diskussionen. Deltagarna kommer att göras uppmärksamma på att patientfall som diskuteras ska vara konfidentiella.

Deltagarna ska ges möjlighet att slippa uttala sig om de upplever att samtalet berör områden som är känsliga för den enskilde individen (Wibeck, 2010). Som forskare är det viktigt att försäkra sig om att deltagarna och deras privatliv inte kränks. Intervju i fokusgrupp kommer inte bli helt anonym eftersom deltagarna inte är anonyma gentemot varandra, men all information i det insamlade materialet som kan röja identiteten på deltagarna kommer att avidentifieras för att skydda deltagarna. När studien är slutförd kommer det insamlade materialet att förstöras.

Forskningspersonsinformation kommer innehålla information om vad som kommer bearbetas under fokusgruppsintervjun, vilka känsliga ämnen som kan komma att tas upp, syftet med studien, vilka rättigheter och skyldigheter deltagarna har. Ett av de största etiska problemen med fokusgruppen (Wibeck, 2010) är att författarna inte kan lova anonymitet och konfidentialitet.

Den nytta vi hoppas att studien ska medföra är att synliggöra områden som påverkar vården kring den suicidala patienten. Genom synliggörande av både problem och möjligheter, kan vi påverka förutsättningarna för att patientgruppen ska få en bättre vård. Samtidigt kan en

gruppdiskussion utgöra ett bra forum för att prata ut om känsliga ämnen där fler kan ha liknande erfarenheter. Studien inriktar sig framför allt på intensivvårdssjuksköterskornas uppfattningar, men områden kan komma fram som innefattar andra yrkeskategorier som därmed kan komma att involveras i framtida förändringsarbete.

Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver studien inte prövas av etikprövningsnämnd eftersom den görs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå.

RESULTAT

Resultatet presenteras under fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier som framkom i analysen av fokusgruppintervjun. De fyra kategorierna svarar till studiens syfte som var att undersöka intensivvårdssjuksköterskans uppfattningar av att vårda patienter efter suicidförsök och är följande: *Mötet med patient och anhöriga*, *Vård av patienter efter suicidförsök*, *En grund till konflikter* och *Att inte räcka till*. För att styrka och förtydliga resultatet har citat från deltagarna i fokusgruppen inkluderats i avsnittet. Nedan ses en sammanfattning av kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Mötet med patient och anhöriga	Ett möte som berör Att värna om patienten Osäkerhet kring patientens intentioner Risk för att bli manipulerad Att vara stöd för anhöriga
Vården av patienter efter suicidförsök	Behov av samarbete över gränser Behov av anpassade vådrutiner Ett växande problem
En grund till konflikter	Konflikt med egna värderingar Konflikt mellan vårdpersonal Konflikt med patienten
Att inte räcka till	Otillräcklig kunskap Otillräckligt stöd När tiden inte räcker till

MÖTET MED PATIENT OCH ANHÖRIGA

Denna kategori beskriver hur mötet både med patienter som försökt begå suicid och dess anhöriga upplevs samt några av de svårigheter som uttrycks av intensivvårdssjuksköterskorna

Ett möte som berör

Sjuksköterskorna beskrev hur personliga erfarenheter påverkade dem gällande deras sympati och känslor för patienter som försökt begå suicid. En del beskrev hur egna familjeerfarenheter kunde påverka dem och i vissa fall underlätta för dem i mötet med patienter som försökt begå suicid. Även patientens ålder och sociala situation var faktorer som påverkade sjuksköterskornas känslor och sympatier. Det upplevdes mer känslomässigt laddat att vårda unga patienter samt äldre, ensamma människor.

”Men de är ju så... Men de e nog lite individuellt också... asså jag har ju... jag har suicid väldigt nära i familjen... min mamma tog livet av sig... så jag tittar mer på familjen... asså där kan jag ju men de blir ju personligt då liksom... för att man vet...”

Sjuksköterskorna beskrev också hur mötet med patienter som försökt begå suicid kunde leda till attityder som i sin tur riskerade att påverka omvårdnaden. Det förekom också upplevelser av att enstaka individer uttryckt sig negativt om patienten efter deras suicidförsök, men att detta var ett sällsynt fenomen.

”Men trots detta får man sina attityder, det går inte att komma undan. Men vi är proffsiga. När patienten väl kommer in, då agerar vi...”

Sjuksköterskorna upplevde att längden på vårdtiden av patienter som försökt begå suicid samt sjuksköterskans erfarenhet också spelade in på vården. Det diskuterades huruvida ålder och tidigare erfarenhet och utbildning hos sjuksköterskan påverkar bemötandet av patienten. Hur länge patienten vårdades på intensivvårdsavdelningen upplevdes stå i korrelation till hur mycket man hann knyta an till patienten och därmed kunde underlätta hur man skulle förhålla sig till denne.

”Alltså det beror ju på, nu har jag ju inte läst till sjukhus purung, jag har ju jobbat med lite andra saker också, och har livserfarenhet. Men det är många som går raka vägen direkt från skolan och sen läser till sjuksköterska och då är det nog ganska tufft och bemöta anhöriga, bemöta om den här sortens saker, situationen liksom.”

Att värna om patienten

Under intervjun diskuterade sjuksköterskorna hur viktig den första tiden efter suicidförsöket är för att kunna fånga upp patienten och försöka vända det negativa till något positivt. De upplevde att psykisk ohälsa kan lindras och därmed skapa en mer positiv situation för patienten. Att i ett tidigt skede våga fråga patienten frågor kring det som skett beskrevs vara av stor vikt i mötet med patienten. De upplevde att ju tidigare man initierade kontakt, desto lättare var det att få gensvar från patienten

"...det är bra att fånga dem så tidigt som möjligt och ta tag i dem och ställa de där jobbiga frågorna på en gång när dom vaknar upp för då har man inte hunnit dra ner den här skyddsgarderoben eller... för...nä, utan då är man som mest sårbar och öppen och kanske man kan... fånga vad dom verkligen tycker..."

Att göra sin plikt och vad som ingår i intensivvårdssjuksköterskans arbetsområden diskuterades och det framkom att det skiljer i uppfattning om vad intensivvårdssjuksköterskan är skyldig att göra. Det fanns delade åsikter kring intensivvårdens roll i suicidpatientens vårdkedja, men generellt framhölls det medicinska och fysiska som den största prioriteringen.

"Jag tänker inte så. Jag skiter i om han bli förlamad eller inte, jag är här för att se till att de ska leva."

Osäkerhet kring patientens intentioner

Det rådde enighet bland sjuksköterskorna om att ovissheten kring intentioner hos patienter som försökt begå suicid i stor utsträckning kunde påverka bedömningen av patientens behov. Det upplevdes svårt att bedöma var man drar gränsen gällande om det, som exempel, var en intoxikation av misstag eller ett aktivt försök till suicid.

"Det är ju det som är svårt också liksom, när de väl vaknar upp då, och man inte själv eller anhöriga vet, var detta ett riktigt suicidförsök eller var det ett rop på hjälp."

Det framkom också mer bestämda uppfattningar om varför patienten försatt sig i en så utsatt situation och att oavsett hur suicidhandlingen gick till så är det en desperat handling, ett rop på hjälp.

"Jag tror inte att de flesta egentligen någonstans, alltså de mår ju så fruktansvärt dåligt, så dåligt som de mår men någonstans så tror jag inte... så vill de inte. Det är ett nödrop ändå liksom."

Risk för att bli manipulerad

Mötet med patienter som försökt begå suicid beskrevs som svårt. Det framkom att skådespel och manipulering var vanligt förekommande, särskilt bland de patienter som upplevdes ha en starkare vilja att ta sina liv. Även patienter med personlighetsväxlingar upplevdes som besvärliga och svåra att bemöta.

"Och de som verkligen vill ta livet av sig, de spelar ju, om vi säger att nån kommer hit och vaknar upp å har misslyckats om man säger så... och då vet dom ju precis hur dom ska göra, då spelar de "men gud det här var ju inte bra, nä, mm, jag är helt klar och jag går hem nu". Och så gör vi det på riktigt liksom."

Sjuksköterskorna beskrev hur de upplevde att det var lättare att bemöta och konfrontera den grupp av patienter som försökt begå suicid som uttryckte mer känslor så som skam och ångest i det akuta skedet, men att det även bland dem fanns patienter som inte tillät någon att komma in i deras illabefinnande. En del upplevde att vissa patienter hade ett välpolerat yttre, en fasad, som hindrade personalen från att komma in på patienten och på så sätt kunde manipulera för att komma ut från sjukhuset..

"Att dom ligger här och dom är liksom...eller att dom har ångest och är ledsen och liksom ångrar sig och får dåligt samvete för föräldrar och familj eller vad det nu är. Alltså dom är ju mycket lättare att bemöta än dom som verkligen..."

Att vara stöd för anhöriga

Att vårda och vara ett stöd för anhöriga innebar en del uppoffring, behov av kunskap och förståelse för deras situation. Sjuksköterskorna upplevde generellt att de klarade av att ta hand om anhöriga och att det gav positiv energi i arbetet om allt gått bra.

"Vårt jobb är att ta hand om anhöriga. Det är en väldigt stor psykisk bit."

Sjuksköterskorna beskrev också hur det kunde vara psykiskt påfrestande och svårt att vårda anhöriga. Vissa moment upplevdes rörande, medan andra moment kunde upplevas mer svårbearbetade, till exempel att kunna svara på vad som händer sen, efter det akuta skedet. De beskrev också hur de ibland hade en mer restriktiv inställning till besök av suicidförsökspatientens anhöriga för att de ville att patienten skulle få bestämma själv.

"...för det är också svårt att ta hand om de anhöriga, som hennes mamma där liksom som.. och syster, ja gud asså det är jättesvårt för de mår ju skitdåligt, och så kommer de hit och så hälsar de på, ja visst, personen i fråga är vid liv, och sen då?"

VÅRDEN AV PATIENTER EFTER SUICIDFÖRSÖK

Under denna kategori beskriver intensivvårdssjuksköterskorna många av de brister som de erfarit i vården kring patientgruppen som även upplevs bli allt större på IVA.

Behov av samarbete över gränser

Överlag var sjuksköterskorna mycket kritiska till samarbetet mellan psykiatrin och intensivvården. De frågade sig ofta om det verkligen fanns ett bra system för att ta hand om patienter med psykiska problem och då särskilt de patienter som slussas vidare från IVA till psykiatrin efter ett suicidförsök. I de situationer då patienter vårdas efter ett suicidförsök märks behovet av ett närmare samarbete med psykiatriska avdelningar som mest, då flera sjuksköterskor ansåg att personal på IVA saknar kompetensen att ta hand om patientgruppen. Jämförelse görs med när kvinnor vårdas efter exempelvis ett kejsarsnitt. Om hjälp behövs kontaktas en barnmorska som ofta kommer direkt. Detta samarbete med barnmorskorna beskrivs fungera utmärkt och de menar att samma nära samarbete med psykiatrin hade varit önskvärt.

"Jag är nog bara fascinerad över att vi inte har ett närmare samarbete med psyk faktiskt, i och med att det är en rätt stor kategori, oavsett om det är en intox eller beroende eller suicid."

Det upplevdes att patienter som vårdades på IVA efter suicidförsök fick ofta vänta länge på rätt vård. Sjuksköterskorna beskrev intensivvårdsläkare och psykiatrikerns kompetens som mil i från varandra och att patienten ofta låg kvar på IVA fast de egentligen behöver psykiatrisk vård. Många av patienterna behöva någon form av samtalsterapi direkt. Det framkom också oro över att patienter som försökt ta sitt liv skrevs ut från IVA utan en psykiatrikontakt, eftersom det är

praxis att de ska ha det. I och med bristande samarbete ställde sjuksköterskorna sig frågan om sjukvården har en allt för likgiltig attityd till dessa patienter

"Därför känner jag att när de väl har kommit in här, då e de liksom... då skickar vi ut dem igen genom bakdörren direkt. Det e liksom... lite för enkelt känns det som. Vi gör det... sjukvården gör det lite för lätt för sig."

Behov av anpassade vådrutiner

Samtliga sjuksköterskor undrade om patienterna verkligen fick adekvat hjälp från psykiatrin när de skrivits ut från IVA.

"Undrar om de får riktig hjälp... vi hade en patient som gick till psykiatrin med LPT och skrevs ut därifrån... och kom tillbaka till oss dagen efter intuberad..."

En sjuksköterska beskrev att hon ville hjälpa patienten men att det är svårt när de vet att de inte får den hjälp som de borde få vid utskrivning. Samtliga deltagare höll med om att patienter som försökt ta sitt liv ska ha rätt att få uppföljande vård som alla andra patientgrupper som skrivs ut från intensivvårdsavdelningen. Det efterlyses även en bättre utskrivningsgång med en ordentlig bedömning av psykiatriker innan patienten skickas hem efter som man sett att många i den här patientgruppen är återkommande. Många i den här patientgruppen skriver även ut sig själva från IVA och sjuksköterskorna kände en oro för vad som hände med de patienterna hemma och om de skulle återfalla och komma i retur till intensivvården. Någon menade att det är som att vissa har klippkort på IVA eftersom de återkom så ofta.

"... men vi vet dom kommer i retur, dom kommer tillbaka..."

En annan utmaning som intensivvårdssjuksköterskorna stod inför handlade om suicidbedömning och sanering av patientsalen eftersom det händer att patienter som vaknar efter ett suicidförsök fortfarande är suicidala. Sjuksköterskorna i gruppen upplevde att de tänkte mer på risken när en suicidal patient fanns på salen, men att de hade dålig beredskap att göra en korrekt bedömning av salen.

"Jag tänker ibland på det, vid pendeln, vi lägger saxar och såna saker där..."

Ett växande problem

Sjuksköterskorna var överens om att antalet patienter som får vård på IVA efter ett suicidförsök ökat över tid. Någon tyckte att det speciellt var en ökning av yngre patienter med självskaдебeteende och tidigare psykisk ohälsa.

"Jag tycker att suicidförsöken ökat, hur mycket som helst de sista åren bara. På unga människor, som kommer in och är sönderskurna på underarmar och ja du vet... och så ser man diagnoserna och de äter gud vet vilka mediciner."

Deltagarna uppskattade att de generellt får in en patient i veckan som försökt begå någon typ av suicidförsök. Flera av sjuksköterskorna beskrev en förändring i frekvensen av suicidpatienter, att

intoxikationsfall idag kunde komma över hela veckan till skillnad från förr då patienter som intoxikerat sig vanligtvis inkom under helgerna. En av de äldre sjuksköterskorna upplevde att intoxicationer var mer vanligt idag än vad det var förr i tiden. Speciellt den grupp av patienter som förgiftat sig med paracetamol vilket inte var vanligt förekommande på IVA förr i tiden. Dock menade hon att intoxicationerna kunde vara allvarligare förr då det fanns mer potenta läkemedel på marknaden som t.ex. barbiturater än vad det gör idag. En annan patientgrupp som de tyckte ökat bland de som försökt ta sitt liv var de kallade bokstavskombinationsdiagnoserna.

"Det var här ju blivit mer uppmärksammat att få dom här diagnoserna.. Bokstavskombinationerna."

EN GRUND TILL KONFLIKTER

Att vårda patienter som försökt ta sitt liv väckte mycket känslor och tankar hos sjuksköterskorna och ledde ibland till att de ifrågasatte både sina egna och läkarnas handlingar. Kontroverser om exempelvis behandling kunde också uppkomma med patienterna i vissa situationer.

Konflikt med egna värderingar

Även om sjuksköterskorna i gruppen var överens om att det kändes positivt att meddela att de räddat livet på en patient som försökt ta sitt liv, dök andra tankar i samband med återupplivandet upp. Det framkom att det kanske inte alltid är positivt att rädda livet på en patient utan att det beror på vilka konsekvenser upplivandet får. Problematiken kring vad som är livskvalitet för patienten diskuterades.

"Det var någon som skjutit sig i huvudet och överlevde. Jag menar han kommer ändå... aldrig bli människa. Då undrar jag vad var meningen med det liksom? "

Sjuksköterskorna menade att de givetvis var där för att rädda patienten till livet men att de inte kunde undgå tankar och egna funderingar kring livet och i vissa fall meningen med behandling och återupplivning. Men sjuksköterskorna vittnade också om de svåra känslor som uppkom i de fall man inte lyckats att rädda patienten till livet.

"De e också en jobbig bit, dem som lyckas å dem som verkligen kommer in å är så dåliga att de inte klarar sig, det var ju en vi hade för inte så länge sen en ung kille också, som var enda barnet å som hade fått hjärtstopp efter att ha tagit nån stesolid eller nånting, jättemycket stesolid å så ramlat ihop över skrivbordet å föräldrarna hittade honom å kommer in då, han hade ju fått anoxiska skador och så. Så att... till slut gick ju han bort."

Konflikt mellan vårdpersonal

Flera av sjuksköterskorna berättade om situationer där de inte varit överens med ansvarig läkare och dennes beslut. Detta har skapat frustration bland sjuksköterskorna efter att man försökt diskutera problemet men inte fått något gehör för sina åsikter. En av deltagarna beskrev en situation där läkarna ville extubera en patient vid ett, enligt henne, väldigt olämpligt tillfälle.

" Och han var intuberad men så fick... bakjouren och våran läkare för sig att extubera honom kl 2 på natten och det kände jag var jäkligt jobbigt med tanke på att... han har försökt att ta livet av sig, ett riktigt suicidförsök.. men de stod på sig och skulle extubera honom...."

Sjuksköterskorna upplevde även att vården bedrevs olika beroende på vilken läkare som var ansvarig på avdelningen. Det skapade irritation i gruppen att vissa läkare bara skrev ut patienter utan psykiatrisk bedömning.

"Men... dom ryckte på axlarna, läkarna. Så att han fick ju bara ta på sig och gå hem och han var jätteung, han var född 1996..."

En situation där sjuksköterskan och läkarens åsikter kunde gå isär var huruvida oroliga patienter skulle hållas sövda tills det närmade sig psykiatrisk bedömning eller inte. Läkaren vill ofta väcka patienten direkt, medan sjuksköterskan föredrog lite sedering för att kunna se till att patienten stannade kvar på avdelningen till psykiatrikern var på väg och inte vaknade, drog nålar och katetrar.

"Men vissa fattar inte det när vi säger att han vaknar, han går här, han drar allt och går. Ja det är jobbigt speciellt om du har en läkare som inte lyssnar."

Sjuksköterskorna var också tveksamma till att läkarna på IVA ofta satte ut patientens psykiatriska läkemedel om något sådant fanns i medicinlistan. Detta menade de kunde få stora konsekvenser för patienten senare i vårdförloppet.

"De sätter ut de antidepressiva medicinerna många gånger. Och det är ju helt jäkla... det tar ju tid att sätta in sen och såna tabletter, det är en jobbig introduktionsfas och jobbiga biverkningar."

Konflikt med patienten

I vissa situationer upplevde sjuksköterskorna att de hamnade i konflikt med patienten. Då särskilt när det gällde hemgång och utskrivning. Eftersom det ibland kan ta tid innan en psykiatriker kommer för att göra en bedömning kan patienten av olika anledningar bli agiterad eller rastlös och vilja lämna avdelningen.

"Det kändes liksom inte bra, att han tog på sig och gick hem för att han var röksugen"

En av sjuksköterskorna beskrev konsekvenserna när en patient skrev ut sig själv.

"Det blir ju stökigt på hela avdelningen, också för medpatienterna... och man ska ha vakten stående i korridoren"

ATT INTE RÄCKA TILL

Otillräcklighet i olika aspekter var ett av de mer genomgående ämnena i intervjun. Här berördes både bristande kunskap, stöd och tid. Både brister och eventuella idéer till lösningar diskuterades flitigt under intervjun. Att inte räkna till handlar både om den individuella otillräckligheten, men också om organisationen och systemets brister.

Otillräcklig kunskap

Generellt upplevde sjuksköterskorna att de hade fått en för dålig, tunn eller ingen utbildning gällande vården av patienter som försökt begå suicid och hur de bör bemötas. Sjuksköterskorna

upplevde att det brast både under sin specialistutbildning, men att de också borde finnas på sjukhusen. De upplevde ett utbildningsbehov för att bättre kunna ta hand om både patienter som försökt begå suicid och deras anhöriga.

”Vad som slår mig är ändå liksom att det här är ju en ganska stor... kategori som man har på IVA... men hur mycket läste vi på IVA-utbildningen... ingenting!”

Bristen på kunskap gav sig uttryck i svårigheter att förhålla sig till, bemöta och vårda patienter som försökt begå suicid. Upplevelser av frustration, att inte veta vad man ska säga, rädsla för vad man ska få för svar eller vad man ska göra med de svar man får är några exempel där kunskapsbristen återspeglas. Det gavs förslag på hur man skulle förbättra utbildningen gällande patienter som försökt begå suicid. Sjuksköterskorna önskade mer samarbete och mer specifik utbildning och föreläsningar, framför allt inom specialistutbildningen.

”...och var ju medveten om vad han hade gjort och att han hade misslyckats och där satt ju jag liksom å honom å man vet ju liksom inte riktigt vad man ska säga.”

Otillräckligt stöd

Bristande stöd från kvalificerad personal var ett återkommande ämne som diskuterades. Sparsam tillgång till psykiatriskt utbildad personal beskrevs som en bidragande faktor till att patienter som försökt begå suicid inte kunde fångas upp i tid. Att känna sig ensam i situationen utan att kunna få stöd från kvalificerad personal beskrevs utav flera av sjuksköterskorna som ett av de mer påfrestande momenten.

”... å där står jag själv utan asså psykiatriker eller kurator... ja men nåt sånt å de upplevde jag jäkligt jobbigt innan och sa till läkaren att det här känns inte bra, att jag står själv med honom när han vaknar upp då liksom”

Generellt uttrycktes det ett missnöje mot psykiatrin och att det ofta tog lång tid för att få tag på någon med psykiatrisk kompetens, eller för att få en bedömning och planering gällande fortsatt behandling för patienter som försökt begå suicid. Brist på fortsatt hjälp och uppföljning för patienter som försökt begå suicid upplevde de flesta som negativt och jämförde med hur medicin och kirurgipatienter följdes upp på respektive specialitet. Sjuksköterskorna upplevde också att bristen på information om hur patienten följs upp efter vistelsen på IVA påverkade dem negativt och att de upplevde att patienten lätt kunde hamna i kläm när den medicinska vården avslutades.

”Det är ju det som är problemet kan jag tycka då liksom att när dom vaknar upp å så kommer de ju då hit en psykiatriker på liksom 4 minuter å bedömer dom ut efter deras skalor liksom. Å sen så skickar vi bara hem dem. Eller liksom får dem... Får de nån psykikontakt, får de ens nåt telefonnummer -ring de här om du... liksom... vi har dej under koll”

När tiden inte räcker till

Generellt upplevdes det att tiden inte räckte till och att detta i stor utsträckning kunde påverka den vård patienter som försökt begå suicid fick. Dels kunde patienten kräva mycket tid av ansvarig sjuksköterska om denne försökte avvika utan att vara färdigbehandlad medicinskt.

”Det kan vara väldigt personalkrävande att ha just det är att ha någon som försöker smita, och att det måste stå någon där och hålla fast personen”.

Dels kunde patientens behov utöver de medicinska behoven bortprioriteras och därmed förbli oidentifierade. Även tid med anhöriga bortprioriterades för att göra plats för mer prioriterade uppgifter. Sjuksköterskorna upplevde också att den själsliga vården inte togs på allvar. För att minska de problem som uppstår när man som sjuksköterska inte hinner med, beskrev sjuksköterskorna att det hade varit bra med extra personal i korridoren som kunde rycka in när det blev för mycket att göra

”Men det är ju så på vår avdelning, vi prioriterar ju det medicinska först och främst, det är ju det hela våran avdelning bygger på. Psykiska problem kommer ju sist, det är bortprioriterat, det gör man om man hinner med.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Eftersom studiens syfte var att undersöka sjuksköterskans uppfattningar av att vårda patienter på IVA efter ett suicidförsök har en kvalitativ forskningsmetod ansetts mest lämplig att använda (Polit & Beck, 2012). Även Lakeman (2010) diskuterar hur kvalitativ forskning kan hjälpa sjuksköterskor att förstå och bemöta den suicidala krisen på ett empatiskt och hjälpfullt sätt. Pilotstudien genomfördes med en fokusgrupp. Det kan diskuteras huruvida fler fokusgrupper borde ha ingått i pilotstudien. Det material som insamlats vid fokusgruppsintervjun blev tillräckligt stort och metoden har prövats gentemot studiens syfte med gott resultat vilket var tanken med pilotstudien.

Fokusgruppen bestod av fem deltagare, fyra kvinnliga och en manlig vilket kan ses som en ojämn könsfördelning. Sammansättning var relativt representativ för personalen på avdelningen i stort. Polit and Beck (2012) anser att en fokusgrupp bör innehålla sex till tio deltagare, men att diskussion av känsliga ämnen bör antalet deltagare minskas. Enligt Wibeck (2010) är homogena grupper att föredra, då människor som delar erfarenheter och intressen, samt har samma ålder och socioekonomiska bakgrund tenderar att vara mer villiga att dela sina åsikter och vara mer personliga med varandra. Gruppen kan enligt Wibeck (2010) anses som homogen då samtliga deltagare hade mer än 10 års erfarenhet av intensivvård, en medelålder på 45-50 år och hade arbetat tillsammans under flera år. Detta hade troligen en positiv inverkan på diskussionen

I pilotstudiens fokusgrupp deltog inga yngre och nyutbildade intensivvårdssjuksköterskor. Gruppen bestod således enbart av mer erfarna sjuksköterskor. Det fanns ingen avsikt att undersöka skillnader mellan yngre och äldre intensivvårdssjuksköterskors upplevelser. Med tanke på studiens syfte och att sjuksköterskor med längre erfarenhet troligen har mer upplevelser att dela med sig av bör detta inte få en negativ inverkan på resultatet.

En fokusgruppsstudies trovärdighet kan enligt Wibeck (2010) påverkas på olika sätt. Gruppdeltagarna kan undanhålla sina åsikter på grund av grupptrycket eller tvärtom överdriva för att göra större intryck på oss eller de andra deltagarna. Gruppdeltagarna arbetade på samma arbetsplats och hade jobbat tillsammans i många år vilket kan anses ha bidragit till en bra

diskussion. Wibeck (2010) beskriver att en fokusgrupp bör genomföras på en plats eller tid där deltagarna har tid och lugn att genomföra intervjun. Genomförandet av pilotstudien gjordes i anslutning till deltagarnas arbetspass och lokaler på intensivvårdsavdelningen vilket kan anses påverka deltagarna gällande stress. Miljön var lugn och trygg och inbjöd därmed till ett rikt material vilket kan anses öka trovärdigheten

I den fokusgruppsintervju som gjordes i pilotstudien var det tydligt att två av deltagarna var mer styrande under samtalet och ledde i många fall de andra deltagarna in i nya samtalsämnen. En av deltagarna yttrade sig inte lika mycket som de övriga men sågs ändå aktiv i diskussionerna genom kroppsspråk och att vara instämmande på övriga gruppens resonemang. Risken finns att vissa deltagare blir för anonyma och därmed inte delar sina upplevelser i diskussionen. Detta kan undvikas genom att mer direkt efterfråga de inaktiva deltagarna om deras upplevelser. Som stöd för moderatorn användes en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2) som fungerade väl. De frågor som intervjuguiden innehåller anses fungera väl för att få igång en avstannad diskussion.

Gruppdeltagarna hade överlag liknande upplevelser och höll med varandra i de flesta diskussioner. Det framkom tydligt att ämnet berörde och gav upphov till stort engagemang genom att deltagarna var ivriga och pratade fort och samtidigt samt att röstlägena gick upp. Fokusgruppsessionen hade en öppen och avslappnad stämning där deltagarna kunde dela med sig av sina erfarenheter och uppmärksamt lyssnade till varandras historier. Den tillåtande atmosfären gjorde att deltagarna kunde berätta om personliga händelser samtidigt som de kunde skratta och skämta tillsammans. Detta bidrog till att gruppen i stort sett självständigt skötte diskussionen kring ämnet utan att moderatorn behövde gå in och styra samtalen. En av förutsättningarna för att få en öppen dialog där deltagarna diskuterar med varandra och inte bara svarar moderatorn är att deltagarna är en relativt homogengrupp som känner varandra sedan innan (Wibeck, 2010). En mer ostrukturerad fokusgruppsession kan medföra att forskaren kan upptäcka nya infallsvinklar av ämnet som han eller hon inte varit medveten om.

Intervjumaterialet spelades in på ljudfil med gott resultat gällande ljudkvalitet. Materialet transkriberades sedan enskilt av författarna för att sedan gemensamt jämföras. Detta var tidskrävande, men säkerställde också en god kvalitet på det transkriberade materialet, vilket kan anses öka studiens tillförlitlighet. Det finns ett par problem som är näst intill ofrånkomliga vid transkription och beskrivs av Polit and Beck (2012) och kräver noggrann analys av det transkriberade materialet. De innefattar medvetet/omedvetet mixtrande med datamaterialet samt faktorer som är svåra eller omöjliga att transkribera, till exempel kroppsspråk.

I kvalitativ innehållsanalys är tolkning av texten central. Tolkningen sker på olika nivåer och kan användas på många olika sorters texter inom omvårdnadsforskningen, i vårt fall utskrifter av inspelad fokusgruppsintervju. Polit and Beck (2012) beskriver att författarens förståelse ses som en betydelsefull del i tolkningsarbetet. Författarna har inte själva arbetat med den aktuella patientgruppen på IVA då de inte är färdiga specialistsjuksköterskor än. En av författarna (ML) har under sin verksamhetsförlagda utbildning varit med och vårdat patienter efter suicidförsök och mött patientgruppen på sitt tidigare arbete på akutmottagning. Den andra författaren (CM) har tidigare arbetet inom den psykiatriska slutenvården och där träffat patienter som försökt begå suicid och har en förståelse hur man arbetar inom psykiatrin och vilken typ av eftervård som

kan vänta patienterna som överförs från IVA till psykiatri. Tolkning och bearbetning har genomförts med hjälp av litteratur i ämnet samt handledning.

Valet av manifest innehållsanalys som Graneheim and Lundman (2004) beskriver den gjordes utifrån att författarna i huvudsak ville beskriva innehållet i det insamlade materialet utan större tolkning. Viss nivå av tolkning är svårt att komma undan och det upplevdes problematiskt att inte tolka för mycket. Författarna anser att resultatet analyserats med fokus på manifest innehållsanalys, men att latent analys ändå har färgat av sig på delar av resultatet.

För att bedöma en kvalitativ studies trovärdighet kan enligt Graneheim and Lundman (2004) följande begrepp användas: överförbarhet, giltighet och tillförlitlighet. Tillförlitlighet nås genom att författarna genom hela forskningsprocessen diskuterar och reflekterar över sina olika ställningstagande. I och med att vi varit två författare som genomfört denna studie har vi båda lyssnat och läst igenom intervjun var för sig och tillsammans samt genomfört hela analysen tillsammans vilket ökar studiens tillförlitlighet.

Med giltighet menas att studiens resultat representerar den verklighet som den var tänkt att undersöka. Även deltagarna i intervjun är av betydelse för studiens giltighet. Genom att redovisa analysarbetet och inkludera citat från intervjun i resultatet får läsaren ytterligare chans att bedöma studiens giltighet. Därför har urval och analys beskrivits noggrant och exempel på analysprocessens tillvägagångssätt presenteras samt att citat tagits med i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

Överförbarhet handlar om hur användbart resultatet är och hur det kan användas i andra situationer eller grupper. Författarna har genom att beskriva studiens metod så utförligt som möjligt försökt underlätta för läsaren att bedöma överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Till sin nackdel hör att studien endast utförts på en intensivvårdsavdelning inom Västra Götalandsregionen och kan därmed inte generaliseras i större utsträckning utan att fler intensivvårdsavdelningar nationellt inkluderas.

Graneheim and Lundman (2004) beskriver hur begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet som härstammar från kvantitativ analys fortfarande är vanligt, men att begrepp som har en starkare koppling till kvalitativ forskning hellre bör användas. Därför används begreppen giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet för att beskriva studiens trovärdighet även om en del av begreppen kan tyckas beskriva samma sak som de kvantitativa termerna.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet kom det fram att mötet med patienter som försökt begå suicid väcker mycket känslor. Personliga erfarenheter relaterade till den egna familjen påverkade starkt både känslor och sympati. Patienter som upplevdes ha det svårare än andra, till exempel unga och ensamma äldre personer beskrevs som mer känslomässigt laddat att vårda. Detta beskrevs också av Wolk-Wasserman (1985), Talseth, Lindseth, Jacobsson, and Norberg (1997) och Hopkins (2002) om hur vårdpersonal upplever att mötet med patienter som försökt begå suicid väcker känslor och kan bli ett laddat möte.

I resultatet beskrevs också hur attityder riskerar att negativt påverka vården av patienter som försökt begå suicid, men att detta upplevdes som sällsynt. Huruvida sjuksköterskans livserfarenhet påverkade mötet diskuterades. Mer livserfarenhet ansågs vara positivt i mötet. Travelbee (1971) beskriver vikten av att vårdpersonal tar avstånd från en generaliserande attityd och istället ser människan som en unik individ. McCann et al. (2007), Anderson (1997) och McLaughlin (1994) beskriver hur personalen generellt har positiv attityd till patienter som försökt begå suicid. Däremot påpekar både Ouzouni and Nakakis (2013) samt Bailey (1998) att vårdpersonal skulle ha en negativ attityd till denna patientgrupp, vilket inte styrks av denna studie. Både McCann et al. (2006) samt Ouzouni and Nakakis (2013) påpekar dock att utbildning och erfarenhet påverkar attityder i positiv riktning.

Sjuksköterskorna beskrev vikten av att i ett tidigt skede värna om patienter som försökt begå suicid och fånga upp dem. Utifrån den suicidala processen (figur 1) kan man se att patienten bör vara mycket mindre suicidal direkt efter ett suicidförsök och det är där intensivvårdssjuksköterskan ofta möter patienten först vilket även beskrivs av Davidhizar and Vance (1993). Att här göra sin plikt innebär givetvis att prioritera de fysiska förutsättningarna först för att hålla patienten vid liv, men det är viktigt att inte glömma bort resten av patienten. Travelbee (1971) beskriver vikten av en mellanmänsklig relation och hur den byggs upp. Vatne and Nåden (2014) beskriver hur patienter som försökt begå suicid upplevde mötet med vårdpersonalen och hur de saknade delar som bekräftelse, förståelse och önskan om att bli sedd som en hel individ. Här har intensivvårdssjuksköterskan en stor roll i att värna och vårda patienten samt skapa en mellanmänsklig relation. Valente (2007) beskriver i sin studie hur sjuksköterskan underanvänds som stöd och "advokat" för patienten. Pilotstudien visar på att det behövs mer stöd för att ge patienter som försökt begå suicid en bättre vård.

Ovisshet kring patientens intentioner samt oklara gränser för vad som var ett suicidförsök försvårade bedömningen enligt sjuksköterskorna. McCann et al. (2007) beskriver i sin studie svårigheter i att tolka patientens livsvilja, vilket tyder på att problemet inte är helt enkelt, särskilt med tanke på att en studie (Wiklander et al., 2003) pekar på att patienter som försökt begå suicid ibland själva är chockade över vad de har gjort. Flera av sjuksköterskorna upplevde det jobbigt att inte veta om patienten medvetet försökt ta sitt liv eller om det var av missatag. Det fanns också mer bestämda uppfattningar om att suicidförsök alltid är en desperat handling, som ett rop på hjälp, och att vissa var av misstag vilket även beskrivs av McLaughlin (1994).

I resultatet kom det fram att sjuksköterskorna upplevde det vanligt förekommande med manipulerande bemötande från patienter som försökt begå suicid. De upplevde att det var lättare

att bemöta och konfrontera de patienter som uttryckte sina känslor än de som dolde dem bakom en fasad. Talseth et al. (1997) beskriver hur sjuksköterskor fick en misstro för patienten om denne betedde sig konstigt utifrån sjuksköterskans perspektiv. Både Wolk-Wasserman (1985) samt Davidhizar and Vance (1993) beskriver också hur vårdpersonal upplevde det lättare att bemöta patienter som försökt begå suicid som ångrar sig eller känner skam. Det finns alltid en risk att patienten försöker manipulera vårdpersonalen. Även Guptill (2011) beskriver problematik och handhavande kring bemötandet av manipulation hos patienter som försökt begå suicid.

Pilotstudien visade på att vara stöd för anhöriga innebar en hel del uppoffring som sjuksköterska och ibland en del positiva inslag. Dels ska man klara av det rent psykiskt, men det finns också behov av utbildning och kunskap gällande mötet med anhöriga. Talseth, Gilje, and Norberg (2001) beskriver hur anhöriga till suicidala patienter känner sig hjälp- och maktlösa inför situationen. Genom att involvera anhöriga i situationen och få dem att känna sig trygga samt att se deras behov minskar anhörigas känsla av hjälp- och maktlöshet. Sjuksköterskan kan här behöva stöd för att klara av uppgiften utan att behöva göra avkall på något annat.

I resultatet framkom att sjuksköterskorna ofta ifrågasatte om systemet att ta hand om patienter efter ett suicidförsök verkligen fungerade. Det efterlyses först och främst ett bättre samarbete med psykiatri i behandlingen av dessa patienter. Många av sjuksköterskorna i studien var förvånade över att samarbetet faktiskt var så bristfälligt med tanke på patientkategorins storlek. I Hopkins (2002) studie bekräftas detta med att konstatera att det ligger i både psykiatri och de somatiska avdelningarnas intresse att ha ett bättre samarbete.

Av resultatet framgick också att den uppföljning av de suicidala patienter som vårdats på IVA upplevdes som bristfällig. Sjuksköterskorna var mycket osäkra på om patienterna verkligen fick den psykiatriska hjälp de behövde, eftersom att så många av patienterna återkom till IVA efter utskrivning från psykiatri. Bristen på uppföljning för dessa patienter och en tydlig röd tråd i vårdkedjan uppmärksammas av Slaven and Kisely (2002), där sjuksköterskorna saknade en struktur angående det fortsatta omhändertagandet av patienten och att detta skapade frustration och känsla av hjälplöshet. Oron för vad som händer med patienten efter utskrivning och frustrationen av att inte kunna hjälpa dem vidare känns igen i resultatet av pilotstudien. Även i Wolk-Wasserman (1985) sattes återkommande suicidpatienter i relation till ifrågasättandet av den psykiatriska vården. Då sjuksköterskorna undrade vad meningen med att rädda patientens liv var om de ändå inte fick någon adekvat hjälp för sina psykiska problem.

När det kommer till vårdrutiner för sanering av potentiellt ”farliga” föremål vid patientplatsen, var detta något som sjuksköterskorna upplevde att de tänkte mer på när de fick in en suicidalpatient. Huruvida detta utfördes rutinmässigt på avdelningen är oklart. Att inte ha en medvetenhet om suicidsanering kan ses som en stor säkerhetsbrist och tidigare studier beskriver vikten av att sjuksköterskorna sanerar patientplatsen från eventuella syrgastuber och andra saker patienten kan skada sig med (Hopkins, 2002).

Samtliga sjuksköterskor i studien var överens om att antalet patienter som läggs in på IVA efter ett suicidförsök har ökat de senaste åren. Att detta är ett växande problem bekräftas av flertalet studier gjorda runt hela världen (Anderson, 1997; Demirkiran & Eskin, 2006; McLaughlin, 1994;

Ouzouni & Nakakis, 2013; Wolk-Wasserman, 1985). Hopkins (2002) beskriver bland annat en stadig ökning av suicid och då särskilt självförovållade intoxikationer under hela 1900-talet.

I resultatet framkom att det uppkom starka känslor hos sjuksköterskorna i vården av suicidala patienter. Sjuksköterskorna var eniga om att patientgruppen skulle vårdas som alla andra patienter och att man givetvis högst prioriterade att patienten skulle överleva. Dock funderade deltagarna kring hur långt vården ska gå i de riktigt allvarliga suicidfallen. Där funderade sjuksköterskan kring vad meningen med vården är, hur livskvaliteten skulle bli för patienten och om vården tjänade något till då många patienter återkom till sjukhus med samma problematik. I en studie Wolk-Wasserman (1985) berättar sjuksköterskorna om den hopplöshet de känner när de vårdar någon som de inte ser förbättras trots långvarig kontakt med sjukvården. Talseth et al. (1997) menar att sjuksköterskeyrket förutsätter att rädda livet på patienten men att sjuksköterskan kan uppleva en inre konflikt när de håller en patient vid liv som inte längre vill leva. Utifrån sjuksköterskornas etiska kod, är ett av ansvarsområdena att främja och återställa hälsa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2012). När intensivvårdssjuksköterskan ställs inför en suicidal patient kan en inneboende konflikt med inre värderingar uppträda eftersom ett suicidal beteende står i konflikt till sjuksköterskans etiska kod. Davidhizar and Vance (1993) belyser problematiken ytterligare genom att tydliggöra intensivvårdssjuksköterskans stora utmaning i att vårda en patient som önskar att dö. Precis som sjuksköterskan i pilotstudiens resultatdel ställer Davidhizar and Vance (1993) frågan, varför rädda en patient som vill dö och som kanske ändå kommer att dö i ett framtida suicidförsök?

I denna studies resultat framkom olika situationer där läkare och sjuksköterskor tyckte olika och som kunde ge upphov till konflikt mellan de båda yrkesgrupperna. Denna problematik finns också beskriven i Slaven and Kisely (2002) forskning, där sjuksköterskorna vittnade om dåligt samarbete mellan personalkategorier när det gällde vården av patienter som försökt skada sig själva och hur behandling och uppföljning skulle bedrivas. I studien tillfrågades även läkare om samarbetet och resultatet var att både sjuksköterskor och läkare upplevde att det fanns luckor i kommunikationen när det gällde riskbedömning, behandling och utskrivning. Sun, Long, Boore, and Tsao (2006) uppmärksammar att teamarbete är svårt och ofta mycket energikrävande. Det är av vikt att medlemmarna i teamet respekterar och värdesätter varandras kunskap.

Resultatet visar att konflikter med patienten oftast uppkom när patienten började vakna till efter att ha varit nedsövd eller medvetlös. Sjuksköterskorna i studien upplevde då att situationen kunde bli stökig om patienten ville lämna avdelningen. Även Hopkins (2002) beskriver att menings-skiljaktigheter kunde förekomma mellan patient och sjuksköterska då sjuksköterskan känner ett ansvar för att patienten inte ska lämna avdelningen innan psykiatrisk bedömning, medan patienten ofta ville skriva ut sig själv eftersom väntan på psykiatriker ofta blev lång.

I vissa fall upplevde sjuksköterskorna i gruppen att situationen kunde urarta och bli stökig då patienten verkligen ville lämna avdelningen och ryckte bort kanyler och katetrar själv. Wolk-Wasserman (1985) fann att somatiskt färdigbehandlade patienter ofta behövde övertygas av sjuksköterskan att stanna kvar på avdelningen till de fått en psykiatrisk bedömning. Svårigheterna i den situationen uppkom om patienten upplevdes hotfull och aggressiv.

I resultatet framkom det att brist på kunskap och utbildning uppfattades som omfattande och att det i slutändan drabbade patienter som försökt begå suicid i form av försämrat bemötande, förhållningssätt och vård. Wolk-Wasserman (1985), Suokas and Lönnqvist (1989), Hopkins (2002), McCann et al. (2006), McCann et al. (2007) och Ouzouni and Nakakis (2013) tar alla upp problemet med bristfällig utbildning och ett ökat kunskapsbehov. Pilotstudien tyder på att trots flera års erfarenhet av bristande kunskap om suicid behövs det fortfarande bättre utbildning om patienter som försökt begå suicid för att öka kunskap och förståelse hos vårdpersonal.

Bristen på tillgång till kompetent personal och att känna sig ensam i situationen utan stöd var något som framkom i resultatet. Hopkins (2002) beskriver hur brist på specialistkompetens kan leda till undvikande och negligering av patienten och dess behov. Det uttrycktes också missnöje gällande samarbetet med psykiatrin och att det tog allt för lång tid att ordna fram kompetent hjälp vilket även beskrivs av Wolk-Wasserman (1985). Guptill (2011) beskriver hur en multidisciplinär approach, lättillgängligt material och bra bedömningshjälpmedel är av stor vikt för att kunna vårda patienter som försökt begå suicid. Både Hopkins (2002) och Davidhizar and Vance (1993) tar upp vikten av att ta hjälp av och samarbeta med den psykiatriska professionen. Det rådde även funderingar kring hur patienter som försökt begå suicid följdes upp efter att de lämnade intensivvårdsavdelningen och även här diskuterar Guptill (2011) vikten av ett multidisciplinärt tänkande för att kunna fortsätta vården även efter att den medicinska vården avslutats. Även Davidhizar and Vance (1993) diskuterar hur kortare vårdtider riskerar patientens fortsatta uppföljning.

I resultatet framkom en generell uppfattning om tid som en bristvara och att detta påverkade hela vården för patient och anhöriga. Suokas and Lönnqvist (1989) beskriver hur stress är en starkt bidragande orsak till ett sämre bemötande av patienter som försökt begå suicid. Framförallt diskuterades hur medicinska och fysiska behov prioriterades, trots en uppfattning av att patienter som försökt begå suicid ibland kunde ha andra behov som behövde belysas mer. Hopkins (2002) tar upp den objektivering som tidsbristen kan leda till.

Resultatet i pilotstudien har visat sig ha många likheter med tidigare forskning. Denna och tidigare studier har uppmärksammat de behov och problem som finns kring vården av patienter som försökt begå suicid, men det råder svårigheter att genomföra förändringar och förbättringar beroende på en mängd olika faktorer, till exempel ekonomiska problem, tidsbrist och brist på kompetent personal. För att bekräfta pilotstudiens resultat kan en studie i större skala göras. En större studie kan också eventuellt upptäcka nya områden.

Arbetet med studien har delats lika mellan författarna under hela arbetet med studien.

KONKLUSION

Studiens resultat pekar på att upplevelsen av att vårda patienter som försökt begå suicid präglas av sjuksköterskans osäkerhet, utsatthet och en känslomässig laddning. Även uppfattningar och upplevelser om bristande samarbete och stöd genomsyrar resultatet. Resultatet bidrar dels till att stärka tidigare forskningsresultat, men pekar också på förbättringsområden inom vården. Ett bättre samarbete mellan specialiteter, en bredare utbildning och stöd för att ge sjuksköterskor möjlighet att bättre kunna bemöta patienter som försökt begå suicid, är områden som är viktiga att förbättra. Ytterligare forskning behövs för att skapa mer och djupare kunskap inom området. Det skulle vara av intresse att sammanställa forskning kring sjuksköterskornas upplevelse av samarbetet mellan den somatiska och psykiatriska vården för att utveckla samarbete och bidra med mer kunskap. Ett ökat samarbete mellan somatik och psykiatri skulle kunna förbättra klinisk praxis och en bättre vårdkedja för patienten.

Referenser

- Aitken, L., & Rosalind, E. (2012). Psychological Care. In D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Eds.), *ACCCN's critical care nursing* (pp. 133-155). Chatswood, N.S.W: Elsevier.
- Anderson, M. (1997). Nurses' attitudes towards suicidal behaviour--a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1283-1291.
- Bailey, S. (1998). An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 15(3), 8-14.
- Beskow, J. (2000). *Själv mord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.
- Birkler, J., & Björkander Mannheimer, E. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Davidhizar, R., & Vance, A. (1993). The management of the suicidal patient in a critical care unit. *Journal of Nursing Management*, 1(2), 95-102.
- Demirkiran, F., & Eskin, M. (2006). Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in turkey to patients who have attempted suicide. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(8), 891-891.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Guptill, J. (2011). After an attempt: caring for the suicidal patient on the medical-surgical unit. *Medical nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 20(4), 163.
- Halkier, B., & Torhell, S.-E. (2010). *Fokusgrupper*. Malmö: Liber.
- Hopkins, C. (2002). 'But what about the really ill, poorly people?' (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(2), 147-154.
- Jiang, G.-X., Hadlaczky, G., & Wasserman, D. (2013). Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa - Själv mord i Sverige. Retrieved 2014-01-22, from https://kiedit.ki.se/sites/default/files/sjalmord_i_sverige_uppdatat_data_2012.pdf
- Lakeman, R. (2010). What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal? *Nursing times*, 106(33), 23-26.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and emergency nursing*, 14(1), 4-10.

- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2007). Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1704-1711.
- McLaughlin, C. (1994). Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1111-1118.
- Nationalencyklopedin. (2014). Fördom. Retrieved 2014-01-15, from <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/enkel/f%C3%B6rdom>
- Osborne, M. (1989). Suicide and the response of the critical care nurse. *Holist Nurs Pract*, 4(1), 18-23.
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1), 119-134.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th International Edition Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 1982:763. *Hälso- och Sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in rural Western Australia: a qualitative study. *The Australian journal of rural health*, 10(5), 233-238.
- Socialstyrelsen. (2003). Vård av självmordsnära patienter: en kunskapsöversikt. Retrieved 2013-12-17, from http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf
- Suicidprevention i Väst. (2014). Om Suicid. Retrieved 2014-04-24, from <http://www.suicidprev.com/om-suicid/statistik/>
- Sun, F., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263.
- Sun, F., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. (2006). Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 83-92.
- Suokas, J., & Lönnqvist, J. (1989). Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 474-480.

- Suokas, J., Suominen, K., & Lönnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144-144.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Retrieved 2013-12-18, from http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Svenska Intensivvårdsregistret. (2013). Retrieved 2013-12-17, from <http://portal.icuregswe.org/Urval.aspx>
- Talseth, A., Gilje, F., & Norberg, A. (2001). Being met--a passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: a phenomenological hermeneutic study. *Archives of psychiatric nursing*, 15(6), 249-256.
- Talseth, A., Jacobsson, L., & Norberg, A. (2001). The meaning of suicidal psychiatric inpatients' experiences of being treated by physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 96-106.
- Talseth, A., Lindseth, A., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1997). Nurses' narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51(5), 359-364.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Valente, S. (2007). Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *Journal of psychosocial oncology*, 25(1), 121-137.
- Walther, C. (2009). Vård av självmordsnära patienter. In D.-G. Stubberud, T. Gulbrandsen, A. Langdalen, K. C. Toverud & L. Westvig (Eds.), *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Vatne, M., & Nåden, D. (2012). Finally, it became too much – experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 304-312.
- Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing ethics*, 21(2), 163-175.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Retrieved 2014-04-24, from <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293-300.

Wolk-Wasserman, D. (1985). The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 71(6), 581-595.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

BILAGA 1

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Allt fler människor försöker begå suicid även om antalet fullbordade suicid minskar. En stor del av dessa patienter behöver akut behandling inom intensivvården. Tidigare forskning beskriver olika faktorer som spelar in i vårdandet av patienter som försökt ta sitt liv och sen vårdats inom somatiken. Faktorer som kan påverka både positivt och negativt. Intensivvårdssjuksköterskor träffar patienten i ett tidigt skede och där patientens situation kan vara som mest kritisk. Dessa sjuksköterskor kan ha begränsad erfarenhet och bristfällig kunskap om suicidproblematik eftersom de främst är specialiserade på somatisk vård. För att få fram mer kunskap om vården på intensivvårdsavdelningen av patienter som försökt begå suicid, vill vi undersöka intensivvårdssjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att vårda denna patientgrupp.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter efter suicidförsök.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som intensivvårdssjuksköterska och har erfarenhet av att vårda suicidnära patienter.

Hur går studien till?

Deltagarna i studien kommer att delta i en fokusgruppsintervju. Antalet deltagare i fokusgruppen kommer att vara mellan 4-6 personer och gruppintervjun beräknas ta cirka 1,5-2 timmar. Gruppintervjuerna kommer att genomföras i anslutning till din arbetsplats. Undertecknande (ML och CM) kommer att agera moderator och observatör under gruppintervjun. Gruppintervjun kommer att spelas in och därefter skrivas ut i textformat samt analyseras av författarna. Resultatet kommer att presenteras som en magisteruppsats vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vår ambition är givetvis att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien utan istället se ditt deltagande som något positivt. Att samtala kring suicidpatienter kan dock väcka känslor inom oss som kan kännas svåra. Därför väljer du själv vad du vill dela med dig av under gruppintervjun. Du kan närsomhelst avbryta din medverkan utan att ange orsak. Upplever du efter denna intervju ett behov av att prata med någon kan vi hjälpa till att ordna en kontakt med kurator.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade gruppintervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Efter att studien avslutats kommer materialet att kasseras. Din identitet kommer inte att framgå i studiens resultat. Vi uppmanar dig som deltagare att inte röja andra deltagares identiteter och svar och behandla intervjun konfidentiellt.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studiens resultat i form av författarnas magisteruppsats kommer att skickas till berörda avdelningar efter färdigställandet. Vid frågor kontakta nedanstående.

Ansvariga för studien

Martin Lindeborg

Tel.0762047628

guslinmagq@student.gu.se

Caroline Mörck

Tel.0702523989

gusmorkca@student.gu.se

Handledare: Åsa Axelsson

Tel.031-7862331

asa.axelsson@fhs.gu.se

BILAGA 2

INTERVJUGUIDE

Introduktion:

1. Presentation av deltagare, observatör och moderator.
2. Introduktion till ämnet som ska behandlas (vård av patienter som försökt begå suicid)

Intervjun här idag handlar om era upplevelser av att vårda patienter efter suicidförsök.

Intervjun kommer vara i cirka 1,5-2 timmar och kommer att spelas in. Endast moderatoren och observatören kommer att lyssna och se utskriften av materialet.

Intervjun kommer gå till som så att det är ni som kommer att prata och diskutera med varandra. Om ni hamnar utanför ämnet eller att ämnet tar slut kommer jag att föra in nya frågor.

Vi är ute efter era upplevelser och historier, alla upplevelser är lika viktiga och det finns inget rätt/fel i diskussionen.

Nyckelfrågor

1. Vad har ni för erfarenheter/upplevelser av att vårda patienter som försökt begå suicid?
2. Fanns det något positivt i situationen/situationerna?
3. Fanns det något negativt i situationen/situationerna?
4. Vilka faktorer/aspekter påverkar vården av patienter som försökt begå suicid

Om utebliven diskussion:

1. Upplever ni att ni har tillräcklig utbildning och kunskap i vårdandet av patienter som försökt begå suicid och vad består den av?
2. Hur påverkar organisationen vården?
3. Hur fungerar samarbetet med eftervården (medicin, kirurgi, psykiatri)?
4. Vad får ni för känslor i mötet med patienter som försökt begå suicid?
5. Är det lätt/svårt att identifiera patientens behov?
6. Finns det några skillnader i omvårdnadsarbetet gentemot andra patienter? Ex, jämfört med patienter som inte orsakat sina problem självmant.
7. Förslag till förändring/förbättring?

BILAGA 3 Exempel på tabell över innehållsanalys

Meningsenheter	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det borde finnas också just när det är väldigt tajt på avdelningen så är det svårt att hinna med...	När det är tajt på avdelningen är det svårt att hinna med	Svårt att hinna med	Tiden räcker inte till	Att inte räcka till
Men det tror jag har att göra med att vi inte har tid att identifiera det heller... vi har inte tid att sätta oss å prata i en å en halv timma	Vi har inte tid att identifiera det (behoven). Vi har inte tid att sitta ner och prata.	Ej tid att identifiera behov		
Vi har ingen utbildning för det faktiskt...det borde vi ju kunna, hur ska vi hantera såna patienter...	Vi har ingen utbildning för detta. Borde veta hur vi ska hantera patienterna	Saknar utbildning	Otillräcklig kunskap	
...ja men lite mer tips och råd på hur man ska göra liksom. För man vet ju hur man ska göra i alla andra situationer utom i just den här biten	Mer tips och råd på hur man kan göra. man vet hur man ska göra i alla andra situationer utom i just den här biten.	Mer tips och råd		