

# Patienter nära suicid

- Hur sjuksköterskor inom somatisk vård kan observera om patienten är suicidbenägen

<b>FÖRFATTARE:</b>	Björn Malmgren Kristofer Kander
<b>PROGRAM/KURS:</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad – Eget arbete  HT 2007
<b>OMFATTNING:</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE:</b>	Lisa Donnerdal
<b>EXAMINATOR:</b>	Barbro Robertsson

<b>Titel (svensk):</b>	Patienter nära suicid – Hur sjuksköterskor inom somatisk vård kan observera om patienten är suicidbenägen
<b>Titel (engelsk):</b>	Patients close to suicide – How nurses in somatic care can observe if the patient is suicidal
<b>Arbetets art:</b>	Eget arbete, Fördjupningsnivå I
<b>Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/VOM200/SPN8
<b>Arbetets omfattning:</b>	15 högskolepoäng
<b>Sidor:</b>	19
<b>Författare:</b>	Björn Malmgren Kristofer Kander
<b>Handledare:</b>	Lisa Donnerdal
<b>Examinator:</b>	Barbro Robertsson

---

## SAMMANFATTNING

Suicid räknas till en av de mest tragiska händelserna i mänskligt liv. Det orsakar enormt stort lidande bland närstående såväl som stor ekonomisk förlust för hela samhället. Som sjuksköterska inom somatisk hälso- och sjukvård är det essentiellt att arbeta preventivt och identifiera suicidbenägna patienter. Syftet med litteraturstudien var att utröna faktorer som inverkar på vuxna patienters benägenhet för suicid och exemplifiera hur allmänsjuksköterskor inom somatisk hälso- och sjukvård kan förankra och tillämpa denna kunskap i praktiken. Arbetet har baserats på vetenskapliga artiklar sökta och funna genom databaserna CINAHL, PubMed, Science Direct och PsykINFO. Samtliga databassökningar innehöll nyckelordet *suicid*. Sökningarna utökades med följande; *nursing, behavior, hope, preventions, thoughts, characteristics, risk factors, recognizing, signs, screening* och *health care*. Artiklarna visade på en mängd riskfaktorer för utvecklandet av suicidbeteende. De delades in i primära, sekundära och tertiära riskfaktorer. Förlust av hopp visade sig vara den enskilt viktigaste psykologiska faktorn till suicidbeteende. Resultatet åskådliggjorde också hur en patient signalerade vag suicidkommunikation samt hur sjuksköterskan genomför ett screeningssamtal för att identifiera suicidbeteende. Genom litteraturstudien har Travelbees omvårdnadsteori använts som teoretisk förankring och VIPS-modellen har nyttjats som strukturreddskap i resultatdiskussionen. I resultatet och den efterföljande resultatdiskussionen presenteras tämligen enkla och effektiva redskap vilka kan nyttjas för identifierandet av suicidbeteende.

**Nyckelord:** Suicid, suicidbenägen, suicidbeteende, suicidkommunikation, hopp, suicidscreening

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
<b>Inledning</b> .....	1
<b>Definitioner</b> .....	1
<b>Suicidprocessen</b> .....	2
<b>Suicidstatistik i Sverige</b> .....	3
<b>Suicidprevention i Sverige</b> .....	4
<b>Lagar och Förordningar</b> .....	5
<b>Omvårdnadsteori</b> .....	5
<b>VIPS-modellen</b> .....	7
SYFTE.....	7
METOD .....	7
RESULTAT.....	9
<b>Primära riskfaktorer</b> .....	9
<b>Sekundära riskfaktorer</b> .....	10
<b>Tertiära riskfaktorer</b> .....	10
<b>Förlust av hopp</b> .....	11
<b>Suicidbenägna personers möte med hälso- och sjukvården</b> .....	11
<b>Suicidkommunikation</b> .....	11
<b>Skyddsfaktorer</b> .....	12
<b>Sjuksköterskans screeningssamtal med patienten</b> .....	12
DISKUSSION .....	13
<b>Metoddiskussion</b> .....	13
<b>Resultatdiskussion</b> .....	14
<b>Det första mötet</b> .....	14
<b>Allmänna uppgifter</b> .....	14
<b>Omvårdnadsanamnes</b> .....	15
<b>Omvårdnadsstatus</b> .....	15
<b>Etablering av ömsesidig kontakt och förståelse</b> .....	17
<b>Summering</b> .....	17
REFERENSER.....	18
<b>Bilaga 1. Artikelpresentation</b> .....	1

# INTRODUKTION

## Inledning

Suicid räknas till en av de mest tragiska händelserna i mänskligt liv. Det orsakar enormt stort lidande bland närstående såväl som stor ekonomisk förlust för hela samhället. Sjuksköterskors möten med suicidbenägna människor kan förekomma under andra vårdformer än inom psykiatri. Det är således essentiellt att de arbetar preventivt och identifierar suicidbenägna patienter i ett tidigt stadium.

Det finns rikligt med litteratur som berör suicid, suicidprevention och behandling av patienter som begått suicidhandlingar. Dock är specifik omvårdnadslitteratur som riktar sig till allmänsjuksköterskor och uppmärksammar patienters suicidbenägenhet begränsad. För att ytterligare understryka problematiken konstaterar Valente och Saunders (2004) i en studie att sjuksköterskor inom somatisk hälso- och sjukvård har bristande kunskap gällande patienters suicidbenägenhet. Sjuksköterskorna i studien kunde endast identifiera 4,8 av 9 suicidriskfaktorer och 49 % misskalkylerade risken för suicid. Med tanke på ovanstående problematik är det motiverat med denna litteraturstudie. Grunden för studien är vetenskapliga artiklar som behandlar suicidriskfaktorer, suicidnära patienter och omvårdnad.

## Definitioner

Suicid och självmord är synonymer. I denna litteraturstudie används ordet suicid, med tanke på att suicid är mindre värdeladdat samt att det är mer förekommande i gängse litteratur. Det finns termer och ord som behöver förklaras och definieras för att undvika missförstånd. Följande definitioner är hämtade från Nationella Rådet för Självmordsprevention (1995).

Suicid:	En medveten, uppsåtlig, självförvållad, livshotande handling som leder till döden
Psykisk kris:	Stora påfrestningar som påverkar människans problemlösningsfunktioner och gör det svårt att hantera situationer och fungera i vardagen. Innebär ofta känslor av oro, ångest, depression och hjälplöshet.
Självdestruktivt beteende:	Handlingar som syftar till att skada sig själv. Kan t ex vara att bränna, skära sig eller utföra suicidhandlingar.
Suicidbenägen:	Person med en inställning präglad av tankar, planer, impulser och beslut om att begå suicid.
Suicidbeteende:	Övergripande beteckning på suicidtankar, suicidförsök och suicid.
Suicidförsök:	Livshotande beteende eller handling som syftar till att sätta livet på spel men som inte leder till döden.
Suicidhandling:	Suicidförsök eller suicid.

- Suicidkommunikation:** Direkta och indirekta handlingar eller ord som både kan vara medvetna och omedvetna samt kopplas ihop med suicidtankar.
- Suicidmeddelande:** Kan bestå i att t.ex. planera begravningen, ta farväl av släkt och vänner, direkta hot om suicid eller på ett konkret sätt samla tabletter eller vapen för att kunna utföra ett suicid.
- Suicidnära personer:** Innehåller tre kategorier av personer som:
- inom det senaste året har gjort ett självmordsförsök.
  - har allvarliga självmordstankar och en bedömd självmordsrisk den närmsta tiden.
  - utan att ha allvarliga självmordstankar, på grund av olika omständigheter utsatts för negativa händelser i livet, bedöms som självmordsbenägna.
- Suicidprevention:** Åtgärder och arbete för att förhindra suicidhandlingar.
- Direkt prevention, riktas mot suicidprocessen.
  - Indirekt prevention, riktas mot bakomliggande problem, t.ex. psykisk störning, missbruk, livskriser. Kan innefatta miljöåtgärder mot lättillgängligheten av suicidmedel, så som vapen och tabletter.
  - Allmän prevention, stödjande åtgärder för att stärka personen att hantera livskriser.
- Suicidtankar:** Tankar eller önskingar om att komma bort från livet.

(Nationella Rådet för Självmordsprevention, 1995)

## Suicidprocessen

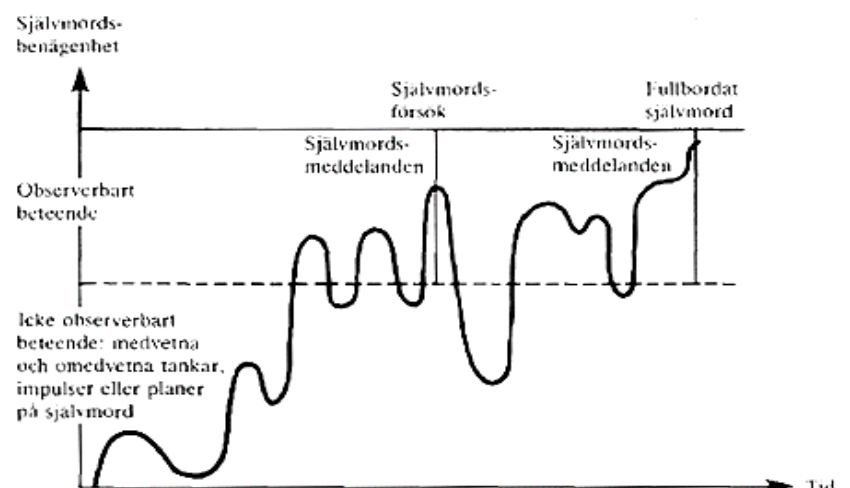


Fig 1. Suicidprocess illustration. (Beskow, 2000. s. 37)

Suicid sker oftast inte utan förvarning, utan är en process vilken vanligen startar i samband med psykiska kriser. Begreppet suicidprocessen är vanligt förekommande i gängse litteratur.

Det används för att beskriva processen från första allvarliga suicidtanken, vidare till suicidmeddelande, därefter suicidförsök samt slutligen fullbordad suicid. Figur 1 illustrerar denna process. Utvecklingen från den första suicidtanken till ett suicidförsök eller suicid är i vissa fall mycket hastig, i andra fall spänner den över decennier. De yttringar som är under den streckade linjen är icke-observerbart beteende d.v.s. att varken anhöriga eller sjukvårdspersonal kan tyda att personen är suicidbenägen. Om sjuksköterskor kan lära sig att även tyda vag suicidkommunikation och andra suicidsignaler är det sannolikt att den streckade linjen kan komma att sänkas. För att kunna fånga upp suicidbenägna patienter i ett tidigt skede är det som sjuksköterska viktigt att kunna observera och uppmärksamma signaler från patienter som kan tyda på suicidkommunikation (Beskow, 2000).

## Suicidstatistik i Sverige

”Självmod, inklusive fall med oklart uppsåt, utgör en liten del av den totala dödligheten, färre än 1 % bland kvinnor och strax under 2 % bland män.” (Socialstyrelsen, 2005 s.141). Likafullt orsakar suicid och suicidförsök ett stort lidande för många människor, både de som begår suicidhandlingar och de människor som finns i deras närhet (Socialstyrelsen, 2005). Antalet personer som begår suicid har stadigt minskat sedan 80-talet (se fig. 2, 3). Enligt figur 2 och 3 kan man se en fallande trend bland samtliga åldrar och kön, förutom i åldern 15-24 där nivån varit relativt konstant.

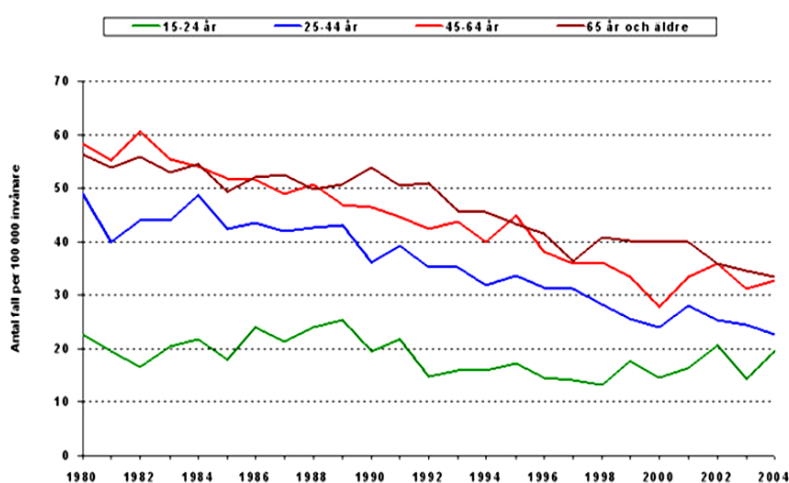


Fig 2. Självmod (säkra och osäkra) i Sverige per år och 100 000 män inom olika åldergrupper [http://www.ki.se/suicide/sm\\_sverige\\_men.html](http://www.ki.se/suicide/sm_sverige_men.html)

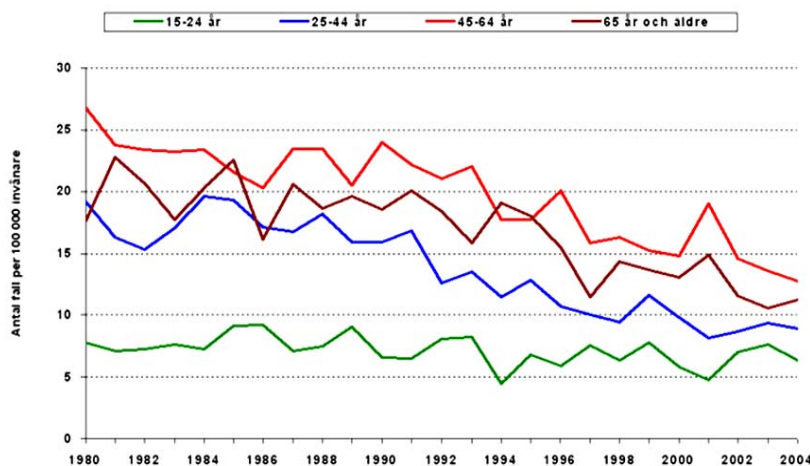


Fig 3. Självmod (säkra och osäkra) i Sverige per år och 100 000 kvinnor inom olika åldersgrupper [http://www.ki.se/suicide/sm\\_sverige\\_kvinnor.html](http://www.ki.se/suicide/sm_sverige_kvinnor.html)

Skador av suicidförsök och självdestruktivt beteende är betydligt vanligare än fullbordade suicid. Enligt beräkningar hamnar ca 50 % av dessa fall på sjukhus. Man kan tydligt se att det är fler kvinnor än män under 50 år som vårdas efter suicidförsök (fig.4) (Socialstyrelsen, 2005.)

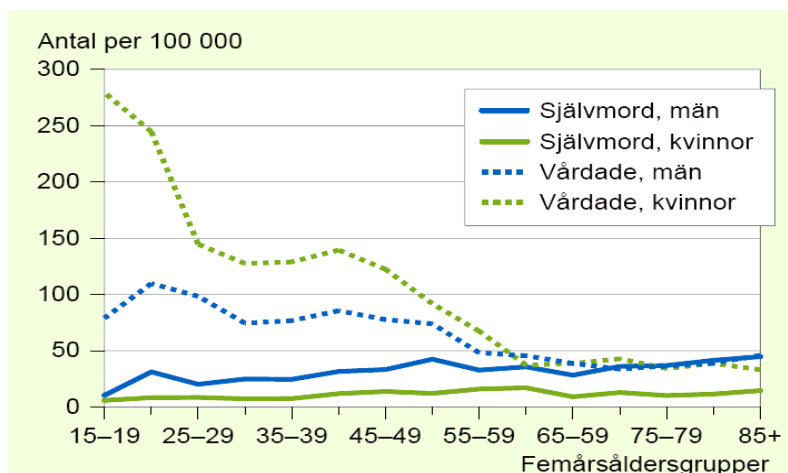


Fig.4 Antalet män respektive kvinnor i åldersgrupper som vårdats på sjukhus för suicidförsök samt genomförda suicid (inkl. oklara fall) år 2002 (Socialstyrelsen, 2005. sid.141)

En illavarslande utveckling är att det under de senare åren på 1990-talet och in på början av 2000-talet skett en ökning av antalet unga som vårdats på sjukhus efter suicidförsök. Bland de unga männen har man nu kunnat se en nedgång men bland kvinnor i åldern 15-24 år sker fortfarande en ökning (Socialstyrelsen 2007). Enligt Socialstyrelsen är suicid bland yngre människor främst beroende av psykisk ohälsa. Ärftlighet och omgivning har visat sig vara kraftigt förenat med utvecklandet av psykisk ohälsa och suicid. Vidare visar Socialstyrelsen på att den största enskilda faktorn för suicid är tidigare suicidförsök (Socialstyrelsen, 2005).

Att jämföra suicidstatistik mellan olika länder är komplicerat eftersom det skiftar hur man ser på suicid och hur man rapporterar suicid mellan olika kulturer. Det finns även kulturella skillnader i benägenheten att begå suicid. I en jämförelse mellan europeiska länder ligger de baltiska staterna högt i statistiken. Statistiskt ligger kvinnor i Sverige relativt högt medan männen ligger på ett europeiskt genomsnitt (Socialstyrelsen, 2005).

### Suicidprevention i Sverige

*”Statens Folkhälsoinstitut har som uppgift att kontinuerligt ge ut och uppdatera sina riktlinjer för suicidprevention”* (Statens Folkhälsoinstitut, 2006 s. 5). Årsrapporten från år 2006 grundar sig på senaste vetenskapliga rön och tar hänsyn till ett helhetsperspektiv på miljö-, individ- och samhällsstrukturfaktorer. Detta är faktorer vilka inverkar på individens suicidbenägenhet. Rapporten är en god kunskapsbas för den sjuksköterska som vill vara uppdaterad inom ämnet (Statens Folkhälsoinstitut, 2006).

Under de senaste åren har Nationellt och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) anordnat ett antal konferenser gällande suicidprevention ur ett praktiskt nätverksperspektiv. Syftet med konferenserna är att olika experter t.ex. yrkesverksam personal och forskare utbyter kunskap och på så sätt för den evidensbaserade utvecklingen framåt. Efter den senaste konferensen gavs en skriftlig rapport ut med titeln *”Att satsa på psykisk hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök”*. Rapporten är lättöverskådlig samt koncis och är en god kunskapskälla för fördjupning inom ämnet suicidprevention (NASP, 2006).

## Lagar och Förordningar

Som allmänsjuksköterska inom somatisk hälso- och sjukvård är det viktigt att ha vetskap om författningen: SOSFS 1993:17 (Socialstyrelsen). Där konstateras: *”Omvårdnadsarbetet skall befrämja hälsa och förebygga ohälsa. Omvårdnad planeras och genomförs så att patientens självständighet respekteras och behovet av säkerhet och integritet tillgodoses.”* Genom att belysa föregående citat kan man tryggt förvissa sig om att sjuksköterskor enligt lag är skyldig att befrämja hälsa och förebygga ohälsa. Vidare fastställs att riskfaktorer skall identifieras. Det sker bl.a. genom bedömningar: *”Objektiva och subjektiva observationer samlas in och analyseras, t.ex. genom ett ankomstsamtal och en omvårdnadsanamnes”*. Med hänsyn till ovanstående författning står det klart vilka skyldigheter och kunskaper sjuksköterskor måste besitta för att ge god omvårdnad. Det är som sjuksköterska essentiellt att arbeta preventivt och observera samt identifiera suicidbenägna människor.

Personal inom hälso- och sjukvård lyder under Sekretesslagen 1980:100 (Rättsnätet). *”Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden”* och *”Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas”* (1§, 7 kap). Ovanstående syftar bl.a. till att skydda individen gällande fall då information om dennes hälsotillstånd hamnar i orätta händer.

## Omvårdnadsteori

Joyce Travelbees omvårdnadsteori lägger stort fokus på hoppets betydelse för att uppnå välbefinnande (Travelbee, 2001). Teorin är dock främst fokuserad på mellanmänskliga förhållanden och behandlar till stor del relationen mellan sjuksköterska och patient. Nedan illustreras hur kontakten mellan dessa parter etableras.

*Det första mötet:* Under det första mötet har båda parter, sjuksköterska och patient förutfattade meningar om hur den andre skall agera. Vid mötet etableras ett första intryck av varandra som personer, det baseras på observationer av varandras handlingar, språk och beteende. Syftet är att sjuksköterskan skall bryta sig loss från sina eventuella förutfattade meningar och se patienten som en individ. Travelbee menar att det krävs en holistisk syn för att se patienten som en individ och därefter kunna ge adekvat omvårdnad.

*Identiteter:* Interaktionen mellan parterna utvecklas successivt och efter hand kommer de stereotypa rollerna att träda tillbaka. Sjuksköterskan börjar vid detta stadium se patienten som en unik individ och utveckla förståelse för hur just ”denna” patient upplever sin situation. Patienten börjar i sin tur se sjuksköterskan ur ett mer individualiserat perspektiv, skiljaktigt mot andra sjuksköterskor.

*Empati:* Travelbee definierar empati som förmågan att begripa det psykologiska tillstånd som patienten befinner sig i. Genom detta kan sjuksköterskor förstå patienters handlingar och beteenden. Dock är Travelbee tydlig med att empati inte bara är ett empatiskt seende utan även en intellektuell process oberoende av sympati. Det är detta som skiljer empati från begrepp som projektion och identifikation. I omvårdnadscontext är empati ett viktigt redskap för att förstå patientens inre upplevelse och yttre beteende.



För att kunna förstå en patients lidande, glädje eller oro krävs det att sjuksköterskan upplevt en liknande känsla, dock utan att för den sakens skull tvunget ha upplevt samma situation som patienten. Genom arbets- och livserfarenheter utvecklas ständigt talangen att förstå andra individers handlingar. Det krävs dock en inre vilja hos sjuksköterskorna för att förstå den andra personens handlingar och beteende.

*Sympati:* Sympati är en produkt av den empatiska processen. Enligt Travelbee är sympati knutet till en inre önskan att vilja hjälpa patienter. Denna önskan utvecklas ur förståelse för patienten och stärks i empatifasen. För att enkelt klargöra vad som skiljer empati och sympati åt illustreras nedanstående exempel: En empatisk sjuksköterska kan se och uppfatta att patientens t.ex. lider men berörs inte av det. En sympatisk sjuksköterska kan se och förstå patientens lidande och berörs av det. När man som sjuksköterska ger uttryck för sympati mot patienten förmedlar man engagemang och omtanke. Detta kan förmedlas verbalt och ickeverbalt.

*Etablering av kontakt och ömsesidig förståelse:* Fasen är ett resultat av samtliga tidigare faser. För att komma till den nivån krävs det att sjuksköterskan ser patienten ur ett holistiskt perspektiv och med förståelse för dennes situation och beteende. Sjuksköterskan får därmed en inre vilja att hjälpa patienten. Genom detta handlande kommer patienten att känna förtroende för sjuksköterskan.

Enligt Travelbee (2001) är hoppet ett mentalt tillstånd med en önskan om att kunna nå ett specifikt mål samt en förväntan om att kunna nå detta mål. Det har sitt ursprung i tillit och behovet av att få hjälp i svåra och krävande situationer. Hopp ger en känsla av att kunna bemästra sin sjukdom eller det som betungar. En av grundstenarna i Travelbees teori är att det är den professionella sjuksköterskans uppgift att hjälpa människor att uppleva hopp för att bättre hantera sin sjukdom. Travelbee lyfter också fram nedanstående karaktäristiska drag som tydliggör begreppet hopp.

*Hoppet är framtidsorienterat:* Skador och sjukdom kan i många fall leda till att en människa har svårt att se en mening med framtiden. Sjuksköterskans uppgift är enligt Travelbee att hjälpa patienten i sin rörelse framåt med hjälp av en realistisk och konkret beskrivning av framtiden. Om hoppet blir för orealistiskt får det motsatt effekt och människan känner istället hopplöshet.

*Hopp relaterat till val:* Att som patient vara medbestämmande och få möjligheten att göra val kan ge en större känsla av frihet och självbestämmande. Även om alla val inte är tilltalande, som t.ex. valet mellan olika behandlingar, ger valmöjligheten likväl en känsla av autonomi.

*Hopp är knutet till trygghet och uthållighet:* Det är som patient viktigt att känna att man är i trygga händer. Det bottnar i att känna fysisk trygghet, en känsla av att vara i rätta händer. Uthållighet är en resurs som patienten kan använda för att bearbeta svåra situationer vilka pågår under en längre tid. Genom uthållighet kan patienten lösa sina problem utan att förlora modet.

(Travelbee, 2001)

## VIPS-modellen

Sjuksköterskor är enligt Patientjournalagen 1985:562 (Rättsnätet) skyldiga att dokumentera hur och på vilket sätt de verkställt sina arbetsuppgifter. Till hjälp för att strukturera dokumentationen finns flera olika dokumentationsmodeller. En av dem är VIPS-modellen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Det är en forskningsbaserad modell för dokumentation. Syftet med modellen är att sjuksköterskor skall kunna systematisera och strukturera sin dokumentation av omvårdnad i patientjournalen med hjälp av sökord. Exempel på sökord är: *Kommunikation, välbefinnande, sömn och hälsohistoria/vårderfarenhet*. Som exempel skall allt som rör patientens sömn dokumenteras under det sökordet. På detta vis blir dokumentationen mer strukturerad och överskådlig. Det blir lättare för sjuksköterskorna att sälla ut den information de letar efter samt lättare att se hur patientens status förändrats över tid. Författarna har nyttjat VIPS-modellen genom stora delar av sjuksköterskeutbildningen och anser den vara ett bra dokumentationsredskap. Av denna orsak valdes modellen som struktur i resultatdiskussionen.

## SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att utröna faktorer som inverkar på vuxna patienters benägenhet för suicid och exemplifiera hur allmänsjuksköterskor inom somatisk hälso- och sjukvård kan förankra och tillämpa denna kunskap i praktiken.

## METOD

Litteraturstudien innefattar tolv vetenskapliga artiklar vilka söktes genom databaserna CINAHL, PubMed, Science Direct och PsykINFO. Alla databassökningar innehöll sökordet suicid\* med ett s.k wildcard, för att söka olika språkliga former av ordet. Sökningen utökades med följande sökord; *nursing, behavior, hope, preventions, thoughts, characteristics, risk factors, recognizing, signs, screening* och *health care*. Artiklarna behandlar endast vuxna individer. I CINAHL gjordes peer-reviewed och Research Article som begränsning. I databaserna Science Direct och PubMed begränsades sökningarna till att sökorden skulle finnas med i titeln på artikeln. Artiklarna skulle dessutom finnas tillgängliga i full-text vid Göteborgs universitets bibliotek. För att göra en första grov utsortering lästes titlarna igenom på alla sökresultat och de som inte passade syftet med studien förkastades. Av de artiklar som ansågs passa in i syftet lästes abstraktet och därefter förkastades artikeln eller sparades för ytterligare en sortering. För att välja ut de slutliga artiklarna lästes abstrakten och genom en diskussion mellan författarna valdes sju artiklar ut. Vid närmare granskning framkom, att det var fem av artiklarna som antingen ej höll måttet eller inte passade med syftet, och därför förkastades. Resultatet av sökningarna för de artiklar som ingår i arbetet redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Resultat av artikelsökning.

Databas	Datum	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar
CINAHL	2007-11-01	Suicid*, Behavior	217	(Belik et al., 2007)
CINAHL	2007-11-02	Suicid*, Behavior	217	(Chesley & Loring-McNulty, 2003)
PsycINFO	2007-11-02	Suicid*, Thoughts	60	(Gunnell et al., 2004)
PsycINFO	2007-11-02	Suicid*, recognizing	44	(Hendin et al., 2007)
PubMed	2007-11-01	Suicid*, Behavior,	281	(Sher, 2006)
PubMed	2007-11-01	Suicid*, Health care.	51	(Andersen et al., 2000)
PubMed	2007-11-01	Suicid*, Preventions	174	(Salter & Pielage, 2000)
PubMed	2007-11-01	Suicid*, Family	206	(MacKinnon et al., 2005)
Science Direct	2007-11-02	Suicid*, Hope	14	(Niméus et al., 1997)
Science Direct	2007-11-02	Suicid*, Risk factors	68	(Bernal et al., 2007)
Science Direct	2007-11-02	Suicid*, Health care	9	(Rihmer, 1996)
Science Direct	2007-11-02	Suicid*, Process	12	(Neeleman et al., 2004)

En induktiv analys användes vid genomläsningen av artiklarna. Viktiga resultat och slutsatser ströks under vid genomläsningen och kategoriserades under följande ämnesområde; psykisk sjukdom, missbruk, livskriser, ålder, kön, sociala faktorer, förlust av hopp och suicidmeddelande. Dessa ämnesområden hade endast som syfte att strukturera innehållet för författarna, de användes dock ej som enskilda ämnesområden i resultatsammanställningen. Samtliga artiklar lästes av båda författarna för att få en bild av vad som var relevant. Rihmers (1996) studie hade en god och översiktlig struktur gällande indelning av primära-, sekundära- och tertiära suicidriskfaktorer. Denna indelning valdes som struktur i resultatdelen och övriga artiklars innehåll sorterades in under dessa tre faktorer. Utöver detta ordnades övrigt resultat in under ämnesområdena; förlust av hopp, suicidbenägna personers möte med hälso- och sjukvården, suicid-kommunikation, skyddsfaktorer och sjuksköterskans screeningssamtal med patienten.

## RESULTAT

Av en europeisk studie från år 2007 framgick det att livstidsprevalensen för att drabbas av suicidtankar var 7,8 %. De destruktiva tankarna kunde enligt den aktuella studien uppkomma i alla åldrar under den mänskliga livsrytmen. De flesta individer som led av dessa affekter begick emellertid aldrig suicid (Bernal et al., 2007). Rihmer (1996) visade på en ansenlig mängd riskfaktorer vilka kunde öka suicidrisken hos en individ.

### Primära riskfaktorer

- a. Psykisk sjukdom
  - affektiva syndrom
  - depression
  - bipolär affektiv sjukdom typ II, unipolär typ I
  - mani, hypomani
  - schizofreni
  - substansmissbruk och substansberoende
  - personlighetsstörning
  - borderline, antisocialt beteende
  - PTSD (Bernal et al., 2007)
- b. Tidigare suicidhandlingar samt utökad sårbarhet för suicid relaterat till suicidhistoria inom familjen.
- c. Kommunikation gällande suicidintention (Rihmer, 1996)

Rihmer (1996) genomförde en sammanställningsstudie där samtliga studier påvisade att psykisk sjukdom var väl relaterat till förhöjd suicidrisk. Mer än tre fjärdedelar av individer med bipolär affektiv sjukdom uppgav att de under vissa perioder lidit av suicidbenägenhet (MacKinnon et al., 2005). Vidare visade samma studie att tidigare suicidförsök samt suicidintentioner, arbetsrelaterade och finansiella problem ofta var konsekvenser av preexisterande psykisk sjukdom. Såväl tidigare suicidhandlingar samt verbal kommunikation kring suicidplaner var en markant förhöjd riskfaktor för nya ansatser (Rihmer, 1996). I en undersökning utförd under år 2004 framkom att approximativt 1/38 av vuxna kvinnor samt 1/50 män utvecklade suicidtankar varje år. Av de människor som led av suicidtankar begick endast 1/200 fullbordad suicid (Gunnell, Harbord, Singleton, Jenkins & Lewis, 2004). Sher (2006) visade i en studie att om patienten ifråga hade nära släktingar som tidigare lidit av suicidbeteende var det en primär riskfaktor för förekomst av suicidbeteende hos patienten. Alkoholmissbruk associerades som en betydande risk för utvecklandet av suicidnära beteende. En vanligt utlösande faktor till att alkoholister drabbades av suicidbenägenhet var stressfulla livskriser som t.ex. allvarliga interpersonella problem med partner, ny medicinsk sjukdom samt hopplöshetskänslor relaterat till svårt missbruk. Det har också diskuterats att en intoxikerad person hade sänkt omdöme och därav var mer benägen att använda sig av destruktiva och "dödliga metoder" (Sher, 2006). MacKinnon et al, (2005) visade att även annan form av drogmissbruk gav en förhöjd risk av suicidförsök och suicidtankar. Sher (2006) kom fram till att aggressivitet och impulsivitet var kraftigt förenat med suicidbenägenhet. Impulsivitet har blivit relaterat till suicidalt och självdestruktivt beteende inom olika psykiatriska sjukdomar som borderline, alkoholism, affektiva syndrom och antisocialt beteende (Sher, 2006).

## **Sekundära riskfaktorer**

- a. Tidig förlust av förälder
  - b. Psykisk eller somatisk isolation
  - c. Arbetslöshet och finansiella problem
  - d. Allvarligt negativa livskriser
- (Rihmer, 1996)

Rihmer (1996) visade vidare att negativa livskriser som t.ex. arbetslöshet och tidig förlust av föräldrar var en del av den mänskliga livscykel. Likväl skall det tas i beaktande på vilket sätt patienten reagerat och hanterat dessa livshändelser och om de varit nära föregående. Dessa händelser var inte alarmerande av sin natur men dock statistiskt säkerställda riskfaktorer och kunde enligt Gunnell et al. (2004) mycket väl leda till utvecklandet av suicidtankar. Även negativa livskriser som skett för ett stort antal år sen kunde ses som riskfaktorer, exempelvis hos personer som blivit utsatta för psykiskt och sexuellt utnyttjande (Sher, 2006). Kvantitet av traumatiska händelser har visat sig vara signifikant förbundet med suicidbenäget beteende hos både män och kvinnor (Belik, Cox, Stein, Asmundson & Sareen, 2007). En brittisk surveystudie (Gunnell et al., 2004), visade att personer som förlorade arbetet hade nästan en fyrfaldigad risk för att utveckla suicidtankar. De individer som levde i större städer associeras med en högre frekvens av suicid, det kunde relateras till en större mängd befolkning i städerna levde socialt isolerade (Bernal et al., 2007). Patienter vilka vårdas under tvångsvård eller kriminalvård är enligt Rihmer, (1996) ytterst suicidbenägna.

## **Tertiära riskfaktorer**

- a. Manligt kön
  - b. Ålder
  - c. Sårbara intervaller: årstider, premenstruella perioder
- (Rihmer, 1996)

En amerikansk studie (Sher, 2006) visade på att män kring eller äldre än 50 år var en statistiskt säkerställt riskgrupp. Oavsett åldersgrupp var männen fyra gånger mer benägna att begå fullbordad suicid än kvinnor. Männen tenderade också att forcera snabbare genom suicidprocessen (Neeleman, Graaf & Vollebergh, 2004). Trots att männen var överrepresenterade i antal begångna suicid är det enligt Gunnell et al. (2004) kvinnor som i högst antal led av suicidtankar, incidensen var högst i åldern 16-24 år. Det var också högre prevalens med suicidförsök bland kvinnor (Chesley & Loring-McNulty, 2003). När det gäller variationer i årstid visade Sher (2006) i sin studie att det bland manliga alkoholister var vanligast att begå suicid i slutet på våren. När det kom till sociala faktorer hade individer vilka var ensamboende, arbetslösa samt bidragstagande visat sig vara överrepresenterade i antal suicid (Sher, 2006).

Enligt Gunnell et al (2004) fanns ett antal förklaringar till varför könen skiljde sig åt så markant mellan suicid och suicidtankar. Det kunde bero på att män och kvinnor skiljde sig åt gällande skyddsfaktorer, som t.ex. social support och hjälpsökande beteende. Flera studier indikerade att män var mindre benägna än kvinnor att söka hjälp för psykologiska problem och föregående suicid. Utvecklandet av suicidtankar associerades också med att ha ett litet socialt nätverk (Gunnell et al., 2004).

## **Förlust av hopp**

Förlust av hopp var enligt Niméus, Träskman-Bendz och Alséns (1997) studie den enskilt viktigaste psykologiska faktorn till suicidbeteende och skulle betraktas som en del av en kognitiv störning hos den deprimerade och suicidbenägna patienten. I beskrivandet av förlust av hopp signalerade och uppgav patienter att de hade förlorat sin motivation, de sade sig se mörkt på framtiden. Dessa mörka affekter var en realitet hos många suicidbenägna individer. Niméus et al. (1997) visade att patienter med ”major depressive disorder” (MDD) hade en hög klinisk nivå av hopplöshet. Denna patientgrupp var också kraftigt suicidbenägen

Personer som tidigare begått suicidförsök tenderade att besitta en mer pessimistisk framtidssyn än gemene man. Många såg inte något hopp inför framtiden. De hade också benägenhet att ta personligt ansvar för negativa händelser, medan positiva attribut och skeenden ansågs vara beroende av yttre externa faktorer eller slumpen (Chesley & Loring-McNulty, 2003). Hendin, Maltsberger & Szanto (2007) visade att hela 66 % av de patienter som senare begick suicid signalerade till sina terapeuter att de led genom en förlust av hopp. Utöver detta uppgav 55 % att de kände sig övergivna samt 38 % att de kände sig isolerade. Det mest anmärkningsvärda var att hela 83 % kände desperation. Sammanfattningsvis kan det konstateras att en patient vilken signalerade förlust av hopp således med stor sannolikhet var suicidbenägen.

## **Suicidbenägna personers möte med hälso- och sjukvården**

En dansk studie (Andersen, Andersen, Rosholm & Gram, 2000) visade att hela 66 % av de personer som begick suicid hade konsulterat en läkare under den sista månaden. Av dessa var 13 % respektive 7 % utskrivna från ett psykiatrisk eller medicinskt sjukhus. Studien kunde också framlägga bevis på att nästan alla (94 %) personer som begått suicid hade minst en kontakt med hälso- och sjukvård under sitt sista levnadsår. Salter och Pielage (2000) visade i en studie att den vanligaste psykiatriska problematik som patienter sökte vård för på en medicinakut var, suicidförsök och suicidbenägenhet. Studien påvisade även att patienter med psykiska problem ofta uppsökte medicinakuten för psykiska besvär.

## **Suicidkommunikation**

Enligt en svensk studie från Lunds universitet (Niméus, et al. 1997) var det vanligt att individen signalerade suicidkommunikation innan suicidförsök eller suicid. Individer kunde givetvis verbalt yttra kommunikation gällande suicidintention, vilket tidigare konstaterats som en primär riskfaktor men de kunde också signalera de tankarna genom andra tillvägagångssätt. En patient kunde således yttra suicidtankar men formulerade och åskådliggjorde tankarna i liknelser och allogier. Ett exempel på denna vaga suicidkommunikation kunde vara att patienten berättade att den drömt morbida dagdrömmar där denne förolyckats genom ett våldsamt trauma. Det exemplet var ett autentiskt fall där ovannämnda uttryckssätt användes av patienten för att påvisa att den lidit av suicidtankar och drabbats av en psykisk kris. Ytterligare ett exempel var ett patientuttalande som berörde att denne inte såg något hopp inför framtiden. Även detta var en form av suicidkommunikation med intention om att patienten ville bli uppmärksam. Sista exemplet gällande suicidkommunikation var ett patientuttalande där denne verbalt yttrat att den känt sig desperat och maktlös och ej funnit något sätt att påverka sin negativa livssituation. Patienten som sade detta begick månaden senare suicid (Niméus et al., 1997).

## **Skyddsfaktorer**

Rhimer beskriver i en studie att i kontrast till de talrika riskfaktorerna för suicid var det endast ett fåtal faktorer som verkade förebyggande. Utöver god social och familjär support vilket var starka skyddsfaktorer var även graviditet och moderskap till viss del skyddande (Rihmer, 1996). Neeleman et al, (2004) visar på att religiös anknytning kunde verka preventivt. Enligt Gunnell et al (2004) var gifta, samboende samt änkor de individer som minst troligt skulle utveckla suicidtankar. Skiljda, separerade samt singlar hade uppskattningsvis dubbelt så hög risk för att utveckla dessa destruktiva tankar. För att än en gång belysa vikten av hopp inför framtiden visar Chesley och Loring-McNulty (2003) att den tredje viktigaste faktorn till att den tidigare suicidbenägna patienten inte begick suicid var nytt hopp inför framtiden.

## **Sjuksköterskans screeningssamtal med patienten**

En amerikansk studie (Sher, 2006) visade att patienter bör kontinuerligt screenas efter suicidytringar och depressiva symtom. Screeningssamtalet mellan patient och sjuksköterska kunde t.ex. ske genom ett ankomstsamtal eller vid annat passande tillfälle. Syftet var att sjuksköterskan skulle ställa utredande frågor till patienten och på så vis klargöra om patienten led av suicidbenägenhet. Frågorna borde falla i den ordningen att patienten ej upplystes om intentionen med frågeställningen. Ifall det visade sig att patienten hade gott hopp inför framtiden existerade högst troligt ej heller någon suicidrisk och då behövde sjuksköterskan ej gå längre och ställa mer personliga frågor. Å andra sidan; visade det sig att patienten upplevde bristande hopp skulle sjuksköterskan gå vidare i frågeställningen och ställa mer personliga frågor som t.ex. behandlade suicidplaner. Frågorna kunde enligt Sher (2006) utformas på följande sätt och bör ställas i fallande ordning:

- Hur har patienten reagerat på stress, hur brukar denne agera för att lindra den?
- Hur ser patienten på sin framtid, kan denne se några ljuspunkter och glädjeämnen i framtiden?
- Har patienten tidigare lidit av nedstämdhet och livsleda, finns det några nuvarande dylika affekter?
- Har patienten tidigare besvärats av tankar eller planer om att skada sig själv, i så fall några nuvarande tankar och planer?
- Har patienten tidigare uppsåtligt skadat sig själv, i så fall när, var, hur och under vilka omständigheter skedde det?
- Lider patienten av några psykotiska symtom som hallucinationer eller vanföreställningar? (Sher, 2006)

Sher (2006) konstaterade även att god kommunikation mellan patient och vederbörande var grunden i alla terapeutiska interaktioner. Ytterligare ett viktigt redskap i screeningen var att även patientens anhöriga kunde ge information om denne uppvisat ett övergripande suicidbeteende.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

CINAHL nyttjades som redskap för att finna vetenskapliga studier med sjuksköterskeperspektiv. Vilket nämdes i inledningen har det skett tvärvetenskaplig forskning kring suicid och för att få en så omfattande evidensgrund som möjligt utökades sökningen med databaserna PubMed, Science Direct och PsyINFO. Sökresultaten innehöll en stor mängd träffar varav det gavs ett gediget urval artiklar. Som författare kunde man därav strängt kritiskt sälla bland materialet och detta gav en styrka till uppsatsen. När det gäller svagheter i metoden kan den första utsorteringen av artiklar ha bidragit till en svaghet. Artiklarna sorterades ut genom titelgranskning och eftersom titeln inte alltid klargör artikelns innehåll kan detta ha medfört att betydelsefull information försumades. Ytterligare en faktor som bidrog till urvalet var att vissa intressanta studier och artiklar ej fanns tillgängliga genom Göteborgs Universitetsbibliotek.

När väl författarna nått konsensus gällande vilka artiklar som skulle ingå i artikelstudien konstaterades det att resultatet innehöll två litteraturstudier. Den ena omfattade essentiell information gällande sjuksköterskans screeningssamtal för att identifiera suicidbenägenhet, medan den andre innehöll betydelsefull information om primära, sekundära samt tertiära suicidriskfaktorer. Båda artiklarna var följaktligen mycket betydelsefulla för att ge uppsatsen ett djupgående och genomgripande resultat. Efter noga överväganden och långa diskussioner beslöt författarna att innefatta båda litteraturöversikterna.

Samtliga artiklar i litteraturstudien var publicerade i vetenskapliga tidskrifter med olika inriktningar och ämnesområden. Artiklarna sträcker sig över ett tidsspänn från 1996-2007, varav tre var publicerade 2007. Denna litteraturstudie innehåller sex kvantitativa, fyra kvalitativa samt två litteraturstudier. Kvantitativa studier ger en ökad generaliserbarhet genom att innefatta ett stort urval, medan kvalitativa studier ger en djupare inblick i individers tankevärld och medvetande. Det är en styrka att innefatta båda dessa delar då det ger ett helhetsperspektiv på riskfaktorer och individsignaler relaterat till suicidbeteende. Ytterligare en faktor som ger tyngd till resultatet är att fyra av artiklarna är surveystudier. Generaliserbarheten i resultatet kan diskuteras med tanke på att artiklarna kommer från olika länder och kulturer. Studien Bernal et. al (2007) visade på skillnader i suicidbenägenhet mellan individer beroende på vilket västeuropeiskt land de kom ifrån. Vid analys av artiklarna visar det sig att artikelunderlaget kommer från Europa, USA och Australien. Därav kan man förmoda att underlaget och resultatet är mest representativt för västvärlden. Artikelförfattarna anser dock att underlaget har relevans för en nordeuropeisk kontext.

Det finns både fördelar och nackdelar med att vara två författare. Fördelarna med att vara två är att man genom diskussion och argumentation kan få olika infallsvinklar. På detta vis har skribenterna prövat varandras tankebanor och argument. Ytterligare en vinst kan vara att två författare under ett bestämt tidsspänn har större kapacitet att söka av antalet artiklar och avhandlingar. Nackdelen med två författare kan t.ex. vara att språkbruket skiljer sig åt. Beträffande sociokulturella olikheter samt genusperspektiv är det sannolikt en svaghet att författarna är av samma kön och har liknande sociokulturell bakgrund. Om genus och sociokultur hade varit mer skiljda hade det förmodligen kunnat ge fler tankevariationer och olika angreppssätt i diskussionsarbetet.



## Resultatdiskussion

I resultatet finns ett gediget underlag gällande vilka suicidriskfaktorer som skall identifieras. Intentionen med studien var att förankra kunskapen från resultatet med exempel på hur den professionella sjuksköterskan kan implementera och använda sig av kunskapen i praktiken. Det kan förslagsvis ske genom att objektiva observationer samlas in och analyseras, t.ex. genom ankomstsamtal och omvårdnadsanamnes. VIPS-modellens (Ehnfors et al., 2000) sökord har använts som förankring för att strukturera hur dokumentationen kan ske. Avslutningsvis, finner sjuksköterskan att suicidrisk existerar skall det alltid etableras kontakt med psykiatrin för vidare utredning.

### Det första mötet

Det är vid det första mötet båda parter har förutfattade meningar om hur den andra personen ska agera och te sig. Som sjuksköterska är det betydelsefullt att bryta sig loss från eventuella förutfattade meningar och se patienten ur ett holistiskt individperspektiv. Travelbee (2001) skrev att *”hopp är knutet till trygghet och uthållighet”*. Som patient är det därför viktigt att känna sig vara i trygga händer och att det finns människor vilka kan hjälpa denne i svåra stunder. Som sjuksköterska är det således betydelsefullt att besitta trygghet i yrkesrollen och tydligt visa att man är där för patienten. Genom det handlingssättet kan sjuksköterskan förhoppningsvis ingjuta lugn och etablera en form av hopp hos patienten.

### Allmänna uppgifter

- Uppgiftslämnare: Redan innan sjuksköterskan samtalar med patienten, bör hon/han göra en profilering av följande faktorer; kön och ålder. Manligt kön är relaterat till fyra gånger högre suicidrisk och den ålder det föreligger högst suicidrisk är kring eller äldre än 50 år (Sher, 2006). Sjuksköterskan bör också ha i åtanke att männen tenderar att forcera snabbare genom suicidprocessen (Neeleman et al, 2004).
- Närstående: Närstående kan ge viktiga upplysningar kring patientens beteende över tid (Sher, 2006). De kan t.ex. ge information om patienten ifråga har isolerat sig från sina bekanta, utvecklat eller utökat sitt substansmissbruk eller ytrat kommunikation gällande suicidintentioner. Har patienten god social och anhörigsupport är det starka skyddsfaktorer. Som sjuksköterska bör man ha detta i åtanke och om möjligt främja dessa resurser (Rhimer, 1996).
- Upplysning: För att skapa en god vårdrelation är det relevant att patienten kan känna hopp och medbestämmande (Travelbee, 2001) och att sjuksköterskan respekterar dennes autonomi. Patienten har bl.a. bestämmanderätt om uppgifter om dennes vistelse får lämnas ut. Självfallet får ej sekretessbelagda uppgifter lämnas ut till icke behörig personal (SFS 1980:100). Detta handlingssätt kan förhoppningsvis ingjuta hopp en känsla av att patienten är i trygga händer och att denne kan prata med sjuksköterskan i förtroende.

## Omvårdnadsanamnes

- Kontaktorsak:** Om patienten inkommit p.g.a. suicidhandling, är detta en primär riskfaktor, dvs. det finns en överhängande risk för nya suicidintentioner. Är kontaktorsaken relaterad till substansmissbruk finns också en markant förhöjd riskfaktor (Rhimer, 1996). Forskning visar också att en individ vilken nyligen diagnostiserats för en ny medicinsk sjukdom tillhör en riskgrupp (Sher, 2006). Det är viktigt att ha med sig detta i åtanke. Lider patienten av ett tidigare missbruk bör sjuksköterskan iaktta om denne utvecklar abstinensproblematik. Eftersom det finns många sjuksköterskor vilka arbetar inom tvångsvård och kriminalvård är det värt och nämna att interner på fängelser och anstalter tillhör en högriskgrupp. (Rihmer, 1996).
- Hälsohistoria/  
Vårderfarenhet:** För att få vetskap om hälsohistorian kan sjuksköterskan samtala med patienten samt granska tidigare journalanteckningar. Primära riskfaktorer är tidigare psykisk sjukdom, substansmissbruk, substansberoende och föregående suicidhandling (Rhimer, 1996).
- Social bakgrund:** Primär riskfaktor att ta hänsyn till är utökad sårbarhet relaterat till suicidhistoria inom familjen. Sekundära riskfaktorer kan vara tidig förlust av förälder och allvarligt negativa livskriser som t.ex. arbetslöshet, finansiella problem samt relationskriser. Detta kan mycket väl leda till utvecklandet av suicidtankar (Gunnell et al., 2004).

## Omvårdnadsstatus

- Kommunikation:** Suicidkommunikation i form av verbala eller skriftliga meddelande gällande suicidintentioner anses vara det mest tydliga tecknet på suicidbenägenhet (Rhimer, 1996). Ifall detta beteende observeras anser vi att det omedelbart bör etableras kontakt med psykiatrin. Sjuksköterskan bör dock ha i åtanke att all suicidkommunikation och suicidsignaler ej behöver vara tydligt uttalade från patienten ifråga, v.g. se suicidprocessen (Beskow, 2000). Patienten kan uttrycka vag suicidintention genom att beskriva sig genom liknelser eller bilder. Exempel på detta kan vara att patienten bokstavligen uppger att den förlorat hoppet för framtiden och att den inte ser någon mening med livet. Ytterligare ett exempel är att patienten verbalt meddelar att den dagdrömmer om hur det skulle vara att förolyckas genom en trafikolycka (Niméus et al., 1997). Som sjuksköterska kan man dra lärdom av att patienter har olika tillvägagångssätt att kommunicera att de lider av suicidtankar. Syftet med alla dessa olika kommunikativa tillvägagångssätt har dock en gemensam nämnare dvs. de vill bli uppmärksammade och få hjälp. Rådet till sjuksköterskan är; ta er tid, sätt er ner och samtala med patienten om den uppvisar detta handlingssätt.

- Hud/vävnad:** I samband med självdestruktivt beteende kan patienten utföra handlingar i syfte att skada sig själv. Dessa gärningar kan manifesteras som att bränna, skära eller utföra suicidhandlingar (Nationella rådet för självmordsprevention, 1995). Därav bör sjuksköterskan observera om patienten uppvisar detta beteende eller har synliga tecken på tidigare självskada.
- Sexualitet/Reproduktion:** Rhimer (1996) visade att premenstruella perioder innebär en ökad risk. Detta är ingen markant riskfaktor, men kan dock vara bra att ha i åtanke.
- Psykosocialt:**
- Relationer:* Negativa livskriser som relationskriser kan utlösa suicidbenägenhet (Gunnell et al., 2004). Sjuksköterskan bör observera om patienten har anhöriga och vänner som kontaktar patienten. Är patienten utan dessa relationer saknar den en viktig skyddsfaktor som socialt nätverk.
- Emotionellt:* Impulsivt beteende och aggressivitet har visat sig vara kraftigt förbundet med suicidbenägenhet. Traumatiska livskriser vilka skett för ett stort antal år sen kan också ses som riskfaktorer, exempel på detta är personer vilka blivit utsatta för psykiskt eller sexuellt utnyttjande (Sher, 2006). Mängd av traumatiska händelser har också visat sig vara signifikant förbundet med suicidbenägenhet hos både män och kvinnor (Belik et al., 2007).
- Förlust av hopp:* Det har visat sig att förlust av hopp är en stor riskfaktor för suicidbenägenhet. I samband med förlust av hopp uttrycker ofta patienten desperation relaterat till att denne känner sig maktlös inför sin livssituation. Travelbees omvårdnadsteori (2001) anknyter till vikten av hopp och sjuksköterskan kan till fördel använda teorin som hjälpmedel. För att utröna om patienten har hopp kan sjuksköterskan t.ex. fråga hur denne ser på framtiden. Uppger patienten då att den saknar motivation eller ser med livsleda på framtiden är detta en varningssignal för suicidbenägenhet.
- Andligt/Kulturellt:** En religiös livsåskådning har visat sig vara skyddande av utvecklandet av suicidbeteende (Neeleman et al., 2004). Möjligtvis kan detta vara relaterat till att den troende har ett hopp om att vara del av något större, en tanke med livet.
- Välbefinnande:** Här ska sjuksköterskan göra en helhetsbedömning baserat på patientens samlade status. Råder det osäkerhet om hur hög suicidbenägenhet patienten har, anser artikelförfattarna att man bör ta det säkra för det osäkra och konsultera kollegor samt etablera kontakt med psykiatrin.

Övrigt

Om du som sjuksköterska personligen upplever att det är svårt att veta vilka frågor du skall ställa till en patient för att utreda suicidbenägenhet, var god se ”*sjuksköterskans screeningssamtal med patienten*” vilket ligger i slutet av resultatdelen. Förhoppningsvis skall den vara till god hjälp och stöd.

### **Etablering av ömsesidig kontakt och förståelse**

Allteftersom interaktionen mellan sjuksköterska och patient fortskrider genom de mellanmännsliga faserna; *identiteter, empati, sympati och etablering av kontakt och ömsesidig förståelse* (Travelbee, 2001), desto större förståelse får sjuksköterskan för patientens handlingar och beteende. Genom dessa mellanmännsliga faser kommer patienten att utveckla ett växande förtroende för sjuksköterskan. Den kontakten kan troligtvis underlätta för patienten att våga öppna sig och yttra sina inre tankar och känslor. Det kan vara så att en patient vid det första mötet inte vågar yttra sina suicidtankar och planer, men när sjuksköterskan och patient har *etablerat kontakt av ömsesidig förståelse* vågar patienten ifråga uppge att den lider av suicidbeteende. Sjuksköterskan får genom ovan nämnda faser i sin tur större förståelse för patienten vilket troligen leder till att sjuksköterskan genom ett fullständigt holistiskt perspektiv lättare kan närma sig patienten och observera om denne är suicidbenägen.

Enligt teorin Travelbees omvårdnadsteori (2001) skall det, efter vad artikelförfattarna förstått, ständigt vara en interagerad subjekt-subjekt relation mellan sjuksköterska och patient. Det kan konstateras att sjuksköterskan dock frångår detta förhållande under screeningssamtalet. Under det samtalet avslöjar sjuksköterskan inte sina intentioner med konversationen och det kan således istället ses som ett subjekt-objekt förhållande mellan denne och patienten. Det tyder på att Travelbees teori ej ständigt är ett ändamålsenligt redskap för observerandet av suicidbenägna patienter. Utmaningen för sjuksköterskan är att bedöma patienters symtom samtidigt som hon/han skapar mellanmännsliga relationer.

### **Summering**

Intentionen med arbetet var att utröna faktorer som inverkar på vuxna patienters benägenhet för suicid och exemplifiera hur allmänsjuksköterskor inom somatisk hälso- och sjukvård kan förankra och tillämpa denna kunskap i praktiken. Vi anser att vi till stor del fått svar på frågeställningen men det skulle dock behövas mer resultat kring hur en suicidbenägen person signalerar vag suicidkommunikation. Efter genomsökning av hundratals vetenskapliga artiklar kan det starkt misstänkas att det finns få artiklar som behandlar just detta område. Vi anser avslutningsvis att det är ett problemområde som kräver utökad forskning.

## REFERENSER

- Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U. & Gram, L. F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102, 126-134.
- Belik, S.L., Cox, B.J., Stein, M.B., Asmundson, G.J. & Sareen, J. (2007). Traumatic events and suicidal behaviour: results from a national mental health survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 342–349.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R. & Bruffaerts, R., et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34.
- Beskow, J. (Red.). (2000). *Själv mord och självmordsprevention, Om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur.
- Chesley, K. & Loring-McNulty, N-E. (2003). Process of suicide: perspective of the suicide attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9, 41-45.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins R. & Lewis G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 385-393.
- Hendin, H., Maltzberger, J, T. & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 363–368.
- MacKinnon, D.F., Potash, J.B., McMahon, F.J., Simpson, S.G., DePaulo, Jr J.R. & Zandi P.P. (2005). Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 7, 441–448.
- Nationella rådet för självmordsprevention. (1995). *Stöd i självmordskriser : Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm: Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention.
- Nationellt och Stockholms centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP], (2006). *Den femte nationella nätverkskonferensen av självmordsprevention ur ett praktiskt nätverksperspektiv. Att satsa på psykisk hälsa - förebygga självmord och självmordsförsök*. Stockholm: Nationellt och Stockholms centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP].

- Nationellt och Stockholms centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP]. Hämtat den 5 november, 2007, från Karolinska institutet:  
[http://www.ki.se/suicide/sm\\_sverige\\_men.html](http://www.ki.se/suicide/sm_sverige_men.html)  
[http://www.ki.se/suicide/sm\\_sverige\\_kvinnor.html](http://www.ki.se/suicide/sm_sverige_kvinnor.html)
- Neeleman, J., Graaf, R. & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82, 43–52.
- Niméus, A., Träskman-Bendz, L. & Alsén, M. (1997). Hopelessness and suicidal behaviour. *Journal of effective Disorders*, 42, 137-144.
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39, 83-89.
- Rättsnätet: SFS 1980:100, *Sekretesslagen*., Hämtat den 19 november, 2007, från Rättsnätet: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19800100.HTM>
- Rättsnätet: SFS 1985:562, *Patientjournalagen*. Hämtat den 12 december, 2007, från Rättsnätet: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19850562.htm>
- Salter, A. & Pielage, P. (2000). Emergency Departments have a role in the prevention of suicide. *Emergency Medicine*, 12, 198–203.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113, 13–22.
- Socialstyrelsen, (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. Suicidstatistik i Sverige. Hämtat den 30 oktober, 2007, från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/66AA2D0B-00EA-43C5-9C04-0D743F8C1E88/0/Suicidtabell.pdf>.
- Socialstyrelsen. SOSFS 1993:17. Hämtat den 5 november, 2007, från Socialstyrelsen:  
[http://www.sos.se/sosfs/1993\\_17/1993\\_17.htm](http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm)
- Socialstyrelsen. Vård av självmordsnära patienter - en kunskapsöversikt Hämtat den 5 november, 2007, från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7ED657C9-6B0A-45E5-9155-136AF7741011/981/20031108.pdf>
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade strategier och åtgärdsförslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Thorbjörnsen, B.M övers.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Originalarbete publicerat 1971)
- Valente, S. & Saunders, J.M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 629-648.

## Bilaga 1. Artikelpresentation

Författare Universitet	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat
Andersen, U. A. Andersen, M. Rosholm, J. U. Gram, L. F. Clinical Pharmacology, Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Odense, Denmark	<b>Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions</b> Acta psychiatrica Scandinavica (2000) 102, 126-134.	Utröna vilken kontakt med hälso- och sjukvården, patienter haft innan de begått suicid.	472	Kvantitativ studie där data gällande personer som begått suicid i en del av Danmark mellan perioden 1991-04-01 – 1995-12-31 hämtades in från: Danish Psychiatric Central Register, the National Patient Register, the National Health Insurance and Odense Pharmacoepidemiologic Database. Artikelförfattarna har använt sig av denna information för att utröna var personerna sökte vård och vårdades innan de begick suicid.	Fyrtiotvå procent hade tidigare vårdats inom psykiatrin. Inom den närmste månaden innan suicid begicks hade 66% konsulterat en läkare. 13% respektive 7% var utskrivna från psykiatrisk resp. medicinsk sjukhus.
Belik, S.L., Cox, B.J., Stein, M.B., Asmundson, G.J. & Sareen, J. Departments of Psychiatry and Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba; Departments of Psychiatry and Family and Preventive Medicine, University of California San Diego, San Diego, California; and Faculty of Kinesiology and Health Studies, University of Regina, Regina, Saskatchewan.	<b>Traumatic Events and Suicidal Behavior: Results From a National Mental Health Survey</b> The Journal of Nervous and Mental Disease (2007) 195, 342–349	Utröna om personer som utsatts för olika traumatiska händelser, skiljer sig åt med avseende på suicidtankar och suicidförsök	5877	Deltagare i åldern mellan 15–54 år intervjuades under ca två timmar i sina hem. De fick svara på frågor om de efter sina traumatiskahändelser hade några suicidtankar eller suicidplaner.  Deltagarna kom från National Comorbidity Survey Part II.	Det fanns tydliga samband mellan traumatiska upplevelser och suicidtankar och försök. Framför allt multipla trauma ger en högre risk.

Författare Universitet	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat
Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., The ESEMED/MHEDEA investigators.	<b>Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study</b> Journal of Affective Disorders (2007) 101, 27–34	Undersöka förekomst och samband i suicidbeteende bland generell Europeisk population.	21 425	Surveystudie med statistisk analys. The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) är en undersökning av ett förmodat representativt urval av icke diagnostiserat psykiskt sjuka personer. Data inhämtad i sex Europeiska länder: Belgien, Frankrike, Tyskland, Italien, Nederländerna och Spanien.	Livstidsprevalensen för suicidtankar var 7,8 %, suicidförsök 1,3 %. Psykiatriska diagnoser är starkt relaterat till suicidbeteende. Bland dem depression, förstärknings syndrom, PTSD och alkoholberoende.
Chesley, K. & Loring-McNulty, N-E.	<b>Process of Suicide: Perspective of the Suicide Attempter</b> Journal of the American Psychiatric Nurses Association (2003) 9, 41-45.	Syftet med studien var att öka förståelsen och kunskapen kring en persons subjektiva upplevelse innan ett suicidförsök samt att identifiera faktorer som bidrar till att denne överlever ett suicidförsök.	71	En retrospektiv deskriptiv researchdesign valdes för att identifiera ett antal personer som erfarit den suicidala processen. Forskarna rekryterade människor på en så bred bas som möjligt. Därav publicerades det annonser i dagspress som riktade sig till olika sociokulturella grupper. Ett urval av de personer som ansökt för medverkan fick svara på en enkät som rörde frågor kring suicid.	Behandling inom professionell sjukvård verkade skyddande mot suicidbeteende och identifierades som den mest använda copingstrategin.



Författare Universitet	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat
Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R., Lewis, G.,	<b>Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population</b> British Journal of Psychiatry (2004) 185, 385-393.	Undersöka faktorer som associeras med utvecklandet av - och återhämtandet efter suicidtankar.	2404	Kvalitativ surveystudie där alla deltagare hade en sen tidigare diagnostiserad psykiatrisk sjukdom. Deltagarna intervjuades och fick svara på frågor som bl.a. rörde suicidala tankar.	Endast 2.3% av deltagarna led av suicidala tankar. Incidensen var högst bland kvinnor mellan 16-24 år. Faktorer vilka var bidragande till suicidtankar var; relationskriser, socialt utanförskap samt arbetslöshet
Hendin, H., Maltsberger, J. T., Szanto, K., Suicide Prevention International, New York; Department of Psychiatry, New York Medical College, Valhalla, New York; Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Cambridge, Massachusetts; and Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania.	<b>The Role of Intense Affective States in Signaling a Suicide Crisis</b> The Journal of Nervous and Mental Disease (2007) 195, 363–368.	Att undersöka hur deprimerade personers mentala hälsa kan uppvisa signaler som kan peka mot suicidrisk, eller en akut suicidrisk.	36 terapeuter.	Icke-parametrisk analys. 36 terapeuter fyllde i formulär om sina tidigare patienter som begått suicid. Frågeformuläret var både kvantitativt och kvalitativt utformat. För att få en kontrollgrupp hade varje terapeut en icke suicidal patient som referens.	83,3 % av de patienterna som begick suicid uppvisade ett beteende vilket tolkades som desperation. 66,7 % förmedlade hopplöshet och 55,5 % kände sig övergivna. Att kunna uppmärksamma dessa yttringar kan ge en möjlighet att identifiera suicidbeteende.

Författare Universitet	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat
MacKinnon, D.F., Potash, J.B., McMahon, F.J., Simpson, S.G. & DePaulo, Jr. J.R. & Zandi, P.P. National Institutes of Mental Health Bipolar Disorder Genetics Initiative. & Zandi P.	<b>Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder</b> Bipolar Disorders (2005) 7, 441–448.	Undersöka om personer med bipolär affektiv sjukdom lättare utvecklar suicidtankar.	1574	Kvantitativ med en kvalitativ analys. Personer i familjer med minst ett syskon med bipolär affektiv sjukdom fick svara på ett frågeformulär som undersökte suicidbenägenhet.	De fann en förhöjd risk för suicid vid snabba skiftningar i bipolär affektiv sjukdom. Droger och familjer med historia med suicid i släkten var en markant riskfaktor för utvecklande av suicidbeteende. Kvinnor med tidigt sjukdomsutbrott hade förhöjd risk att utveckla suicidbeteende.
Neeleman, J., Graaf, R. & Vollebergh, W. Julius Center for Health Sciences and Primary Care and Division of Psychiatry, University Medical Centre Utrecht Internal	<b>The suicidal process; prospective comparison between early and later stages</b> Journal of Affective Disorders (2004) 82, 43–52.	Undersöka om det finns specifika markörer som framträder vid olika tidpunkter i suicidprocessen.	5618	Surveystudie med ett stratifierat slumpartat urval av individer ur olika samhällsgrupper från Nederländerna intervjuades i syfte att kartlägga den mentala hälsan i befolkningen. Mokken's scale analysis användes för att jämföra de olika komponenterna i undersökningen.	Miljöfaktorer har störst inflytande tidigt i suicidprocessen, därefter blir det mer intimt sammankopplat med den mentala hälsan och framförallt depressioner. Män går igenom suicidprocessen snabbare än kvinnor.

Författare Universitet	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare Urval	Metod	Resultat
Niméus, A., Träskman-Bendz, L. & Alsén, M. Department of Psychiatry, University Hospital, Lund, Sweden	<b>Hopelessness and suicidal behaviour.</b> Journal of effective Disorders (1997) 42, 137-144	Undersöka vilken tillförlitlighet Beck Hopelessness Scale (BHS) har för att identifiera suicidbeteende.	212	Kvantitativ ansats där individerna fick skatta sitt psykiska tillstånd på beprövade skattningsskalor. För att delta i studien var personen tvungen att vara arton år fyllda, inneliggande på medicinklinik eller psykiatrisk inrättning samt vid tidigare tillfälle försökt begå suicid.	Resultatet visade att tillförlitligheten på BHS ej var tillfredställande för att förutse suicid. Studien visade också att förlust av hopp var den enligt enskilt viktigaste psykologiska faktorn till suicidbeteende. Det konstaterades även vilka psykiska diagnoser som var närmast relaterade till suicidbeteende. De var bl.a. depression, förstärknings-syndrom, substansmissbruk, beroende och ångestsyndrom.
Rihmer, Z. National Institute for Psychiatry and Neurology, Budapest. Hungary	<b>Strategies of suicide prevention: Focus on health care</b> Journal of Affective Disorders (1996) 39, 83-89.	Summera kunskapsläget gällande suicidprevention inom hälso- och sjukvård.	113 artiklar.	113 artiklar vilka sorterades fram genom sökning i MEDLINE med sökord: 'suicide prevention'.	En tidig upptäckt av ett suicidbeteende är en av de främsta åtgärderna för att förebygga suicid. Artikelförfattaren strukturerade upp primära, sekundära och tertiära suicidriskfaktorer för att ge en tydlig överblick av kunskapsläget.

Författare Universitet Land	Titel Tidskrift Publicerad	Syfte	Deltagare Urval	Metod	Resultat
Salter, A., & Pielage, P. Emergency Department, Launceston General Hospital, Launceston, Tasmania, Australia	<b>Emergency Departments have a role in the prevention of suicide</b> Emergency Medicine (2000) 12, 198–203.	Utröna om personal på akutavdelningar gav patienter som låg i riskzonen för suicid adekvat vård. De ville också klargöra om sjukvårdspersonalen hade identifierat suicidriskfaktorer.	196	Retrospektiv kvantitativ studie där man undersökt patientjournaler till personer som sökt till hälso- och sjukvård och stod på "Coroner's" lista över de som begått suicid 1995–1997.	Resultatet visar att sjukvårdspersonalen hade identifierat suicidriskfaktorer. Det visade också att den vanligaste psykiatriska problematik som en medicinakuten kom i kontakt med var suicidförsök och suicidbenägna människor.
Sher, L. Division of Neuroscience, Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA	<b>Alcoholism and suicidal behavior: a clinical Overview</b> Acta psychiatrica Scandinavica (2006) 113, 13–22.	Utröna relationen mellan alkoholism och suicidalt beteende.		Systematisk litteraturstudie där artikel författaren använde sig av sökorden "alcoholism" and "suicidal behavior" och sökte information i databaserna MEDLINE, Institute for Scientific Information Databases (Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, and Arts & Humanities Citation Index), EMBASE, and Cochrane Library.	Alkoholism är associerad med en avsevärd förhöjd suicidrisk. Vanligt utlösande faktorer till att personer med alkoholmissbruk begår suicid/ suicidförsök är depression, hopplöshetskänslor samt relationskriser.