



Institutionen för hälsovetenskap

Mötet med vårdpersonal

Personer som är suicidnära och deras erfarenhet - En litteraturbaserad studie

Anders Blomqvist

Helena Moschini

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst
VT 2019

Abstract

Mötet med vårdpersonal - Personer som är suicidnära och deras erfarenhet - En litteraturbaserad studie

Meeting with health care personnel - Persons who are suicidal and their experience - A literature-based study

Författare	Anders Blomqvist Helena Moschini
Handledare	Regina Nobis
Examinator	Marie Ljungquist
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180hp
Termin/år	HT 2018
Antal sidor	14

Background: Every 40 seconds a person experience feelings of hopelessness and falls victim to suicide. The persons who are suicidal can be found all through the health care system. The health care personnel can change the outlook on life for the person, or at least ease the suffering for a while in the meeting. But health care personnel can also cause suffering by care if they don't see the person as a unique human being. **Aim:** The aim of this study was to highlight the suicidal persons experience meeting with health care professional. **Method:** A literature-based study were conducted in accordance to Friberg (2012). Analysis were made of ten qualitative scientific studies. **Results:** The result was presented in one theme, *The significans of the relationship*. And four subthemes arose; *To be or not to be listened to, to feel or not to feel commitment, to be or not to be seen and to feel or not to feel trust and security*. **Conclusion:** The result show how the persons who were suicidal experienced ease in their suffering when healthcare personnel listened, saw the person, were committed and gave a sense of trust and security. When the healthcare personnel listened and validated the persons who were suicidal it led to feelings of hope for the future. When the persons experienced that they were seen by the healthcare personnel they felt a positivity and as human beings on equal terms. When the persons who were suicidal felt security and trust for the healthcare personnel it led to a better relationship. When the persons experienced commitment from healthcare personnel they felt as they were able to let go of feelings of despair and anxiety. This resulted in a sense of wellbeing for the persons.

Keywords: *Experience, healthcare personnel, meeting, suffering, suicidal.*

Populärvetenskaplig sammanfattning

I Sverige begick 1189 personer självmord 2017, dessa människor såg ingen annan utväg än döden. Personerna som var självmordsbenägna hade både positiv och negativ erfarenhet av mötet med vårdpersonal. Om mötet blev dåligt ledde det till känslor av hopplöshet och när mötet blev bra kunde det leda till hopp för framtida relationer.

Suicidnära personers erfarenhet av mötet med vårdpersonal visade att relationen med vårdpersonal var av betydelse och det innefattade att bli eller inte bli lyssnad på, att känna eller inte känna engagemang, att bli sedd eller inte bli sedd och att känna eller inte känna trygghet och tillit.

Likt ett mynt har mötet två sidor där en sida leder till vårdlidande och den andra till ett hopp om livet. Att se personen innebar att vårdpersonal ingav hopp i mötet för personen som var självmordsbenägen. Det är därför viktigt för vårdpersonal att vara medveten om dessa personers erfarenhet för att kunna reflektera över sin egen roll, för att kunna ge god omvårdnad till hälsa och för att lindra lidande. När mötet var av positiv natur för individen kunde personerna berätta om sina innersta tankar och lära sig strategier för att ta itu med sina självmordstankar och uppleva en vändpunkt tillbaka till livet. Vårdpersonal kan göra en stor skillnad i mötet med personen som är självmordsbenägen genom att vara den livlina som gör att personen vill fortsätta leva.

Att se personens lidande och lindra är vårdpersonalens uppgift, men detta sker inte alltid i mötet och det ledde till ett vårdlidande för personerna som präglades av känslor som uppgivenhet, förödmjukelse och att inte vara jämlika människor.

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Suicid och suicidnära.....	1
Risk och skyddsfaktorer för suicid	1
Suicidförloppet	2
Vårdlidande	2
Mötet med personen som är suicidnära	3
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Problemformulering	4
Syfte	4
Metod	4
Litteratursökning	4
Urval	5
Analys	5
Resultat.....	6
Relationens betydelse	6
Att bli eller inte bli lyssnad på.....	7
Att känna eller inte känna engagemang.....	7
Att bli eller inte bli sedd	8
Att känna eller inte känna trygghet och tillit.....	8
Diskussion	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion	11
Slutsatser	13
Praktiska implikationer	13
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	14
Referenser.....	15

Bilaga I	Sökhistorik
Bilaga II	Översikt av analyserad litteratur
Bilaga III	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Inledning

Globalt avlider en person var 40:e sekund av självmord och nära 800 000 människor tar sitt eget liv varje år. Siffran för enbart Sverige 2017 är 1189 personer som begår självmord (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

Ingen har nog undkommit allt som sägs eller skrivs om psykisk ohälsa i media på senaste tiden. Någon har ofta en närstående eller bekant som lider av psykisk ohälsa. Många lider i tystnad eftersom de känner att det är svårt att passa in i ett samhälle som inte accepterar en öppenhet kring psykisk ohälsa och självmord. Mörkertalet för personer som är självmordsbenägna kan därför tänkas vara högt eftersom personerna inte vågar prata om sin psykiska ohälsa. Det är ett stort folkhälsoproblem när människor lider i tystnad och ser döden som en väg ut.

Personer som är självmordsbenägna kan vara personer som är suicidnära vilket innebär personer som är i risk för självmord. Dessa personer är i varierande åldrar och utgör därför ett stort samhällsproblem som ger avtryck inom vårdens alla delar. Det är därför av betydelse för sjuksköterskan att ta till sig deras erfarenhet, för att kunna möta personen som är självmordsbenägen i dennes värld. Syftet blir att lindra detta oerhörda lidande och att inte orsaka ett vårdlidande i mötet genom att inte förstå och bekräfta individen. Socialstyrelsen (2003) menar att omvårdnad för personer som är självmordsbenägna genomförs genom att bilda en relation i syfte att personen inte ska återfalla i självmordsförsök och att hjälpa personen stärka sina möjligheter att leva. Personens trygghet och säkerhet står också i fokus för omvårdnaden.

Bakgrund

Suicid och suicidnära

Av 1189 personer som begick självmord i Sverige år 2017 var 348 kvinnor och 841 män. Samma år registrerades 355 misstänkta självmord, det kunde inte med säkerhet fastläs att dödsfallet var på grund av självmord (Folkhälsomyndigheten, 2018b). På sjukhus i Sverige vårdades år 2016 ungefär 6900 personer på grund av självdestruktiv handling (både självmordsförsök och självskada som inte har självmordsavsikt ingår i begreppet), personerna i denna statistik var tio år och äldre. Av dessa personer var 4278 kvinnor och 2622 var män (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

Definitionen av suicid lyder "självmord, *suicid*, avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden" (Nationalencyklopedin, u.å, första stycket). Enligt Socialstyrelsen (2003) så innebär begreppet suicidnära en person som under det senaste året försökt suicidera eller ligger i farozonen för att suicidera t.ex. genom depression, eller att personen har allvarliga suicidala tankar som bedöms tas i bruk inom den närmsta tiden. Enligt World Health Organization (WHO, 2018) så förekommer suicid i alla samhällen världen över och innebär en stor tragedi för närstående och lämnar stora spår hos personerna som lever kvar. Statistiken visar att suicid är vanligast förekommande i låg- och medelinkomstländer. Personen kan undvika att söka vård för psykisk ohälsa eller suicidtankar kopplat till det stigma som byggs upp av omgivningen och av samhället där det anses som fel att prata om psykisk ohälsa. Det kan leda till att personen inte får den vård som hen behöver.

Risk och skyddsfaktorer för suicid

Den största risken för att begå suicid är om en person försökt begå suicid tidigare. Andra risker är pågående kris, psykisk ohälsa, sjukdom, kronisk smärta och ekonomiska problem. Många suicid

begås på grund av att personerna saknar impuls kontroll mitt i tankarna kring liv och död, ambivalensen är ofta hög fram till sista stund. Risken för suicid ökar också om personen tillhör utsatta grupper som upplever sig diskriminerade i samhället som t.ex. flyktingar, homosexuella eller fångar (WHO, 2018).

Berg, Rørtveit och Aase (2017) beskriver olika skyddsfaktorer. När personer som är suicidnära inte har kontroll över sina suicidtankar känner de sig tacksamma över att vårdpersonalen finns till hands och observerar dem. Att ta kontroll över sitt liv genom hjälp från vårdpersonal ger självinsikt, de lär känna sin psykiska ohälsa och att hantera svårigheter i livet, istället för att begå suicid. Ytterligare skyddsfaktorer är att lära sig problemlösning och att lära sig söka hjälp när det behövs. Berg et al. (2017) tar vidare upp hur personerna som är suicidnära har en upplevelse av att inte känna kontroll över sina liv. Att möta vårdpersonal som bryr sig om dem och bekräftar deras känslor, tar dem på allvar och ser dem som människor på lika villkor, ökar upplevelsen av kontroll och samtidigt också motståndskraften mot suicidtankarna.

Suicidförloppet

Den suicidala processen används för att förklara hur förloppet ser ut över tid för personen som är suicidnära. Det börjar med suicidtankar och övergår sedan till indirekta eller direkta suicidmedelanden till omgivningen, efter detta sker suicidförsök och till sist suicid. Suicidmedelanden kan verbalt kommuniceras direkt, alltså att personen säger att hen vill ta sitt liv, eller indirekt att personen kan tala om känslor av hopplöshet. En icke verbal kommunikation kan innebära att personen förbereder sig för suicid genom att skulder betalas och testamente skrivs. Anledningar till att suicidprocessen sätter igång kan vara personens sårbarhet som kan utgöras av ens personlighet eller genetiska uppbyggnad. Det kan tex handla om att man är olika känslig för påfrestningar som stress. Stressen kan utlösas av olika saker som sjukdom eller en ansträngande separation (Socialstyrelsen, 2003).

Vårdlidande

Eriksson (1994;2018) beskriver fyra olika kategorier av vårdlidanden. *Kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård eller icke vård.*

Kränkning av patientens värdighet uppkommer när vårdpersonal tar ifrån patienten det som gör patienten till människa och samtidigt begränsar människans inre hälsoresurser. Det kan innebära att patienten nonchaleras eller att personalen utför ett slarvigt vårdarbete, ställer för personliga frågor eller kränker personens integritet. *Fördömelse och straff* utgår ifrån att vårdpersonal tror sig veta patientens bästa. Vårdpersonal bör besitta kunskap, men patienten bör alltid ha friheten att göra egna val. Att vårdpersonal ser patienten som besvärlig kan skapa ett ogillande som personen känner av och det kan leda till beststraffning i form av icke kärleksfull vård. Det kan innebära att vårdpersonal inte samtalar med patienten för att patienten anses som krånglig, trots att behovet är stort.

Eriksson (1994;2018) menar vidare att *Maktutövning* syftar till att begränsa personens frihet. När vårdpersonal inte tar personen på allvar räknas hen bort och maktlösheten växer. En ytterligare dimension är *Utebliven vård eller icke-vård* där det handlar om vårdpersonalens oförmåga att se vårdbehovet hos patienten. Det är vårdpersonalens egna motiv för att utföra vård som ligger till grund för om vårdandet sker eller inte. Om vårdandet inte sker beror det ofta på att vårdpersonalen inte har en vårdande grundsyn. Utebliven vård leder alltid till kränkning av personens värdighet.

Kasen, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) beskriver sjuksköterskors syn på hur vårdlidande kan förhindras. Sjuksköterskorna anser att vårdpersonal och patienten har en osymmetrisk fördelning av makt, eftersom vårdpersonalen har större kunskap om vårdande. Det gör att sjuksköterskan i mötet hela tiden behöver reflektera över sitt eget beteende och samtidigt hur personen kan få behålla sin värdighet på bästa sätt. Om mötet leder till hopplöshet eller om det leder till hopp är också något som behöver reflekteras över. För att förhindra vårdlidande är det också viktigt att vårdpersonal känner till begreppet vårdlidande, vad det innebär och hur det uppstår. Av vikt är även att ifrågasätta vården genom att vara kritisk och att ha en öppenhet kollegialt. Att sjuksköterskan i mötet ser det från personens synvinkel och utgår från dennas livsvärld. Att fråga om personernas och anhörigas åsikter och på så sätt lägga ansvaret hos dem och inte bara hos organisationen leder också till en minskning av vårdlidande.

Mötet med personen som är suicidnära

Buber (1994) beskriver människan som tvåfaldig som ser på mötet som ett *jag-du* eller *jag-det*. Att vara människa innebär att ordet *jag* alltid är en del av *du* eller *det*. Ett *jag-du* innehåller hela mänskligheten i mötet, medan ett *jag-det* aldrig kan innehålla mänsklighet. Riktigt liv består av ett möte mellan *jag-du* eftersom *du* blir till av *jag* och *jag* blir till av *du* och tillsammans bildas en helhet. Vidare beskriver Buber (1994) ett *jag-det* möte som avsaknad av närvaro och ett *jag-du* möte som ett möte som präglas av närvaro. När *jag-du* mötet är över kommer det alltid återvända till ett *jag-det* och därmed bli ett ting. *Jag-det* beskrivs som en kokong och ett *jag-du* som fjärilen och övergången från *jag-det* till *jag-du* är inte alltid tydligt. Buber (1994) beskriver ett *jag* som väntar på ett *du* och som blir bemött av tystnad, som ett *jag* som blir bundet med *det* och till följd blir ett ting. Om mötet hela tiden sker enligt *jag-det* så förändras *jag* till överklighet och det tar över. Hopp finns eftersom alla *jag-det* hela tiden kan förändras till ett *jag-du* i mötet. Att vara i ett *jag-du* är att träda ut ur *det* världen genom att fullkomligt acceptera närvarandet och släppa tingen som vi flyr in i.

Berglund, Åström och Lindgren (2016) visar i sin studie vad personer som är suicidnära har för erfarenhet från mötet med vårdpersonal. I studien framkommer att vårdpersonal ibland uppvisar empatilöshet som gör att personerna känner sig som en börda. Personerna upplever att vårdpersonalen inte vill prata om djupare samtalsämnen som berör suicidtankarna. Det visar sig också att vårdpersonal inte tar sig tid för dem och inte ser dem som unika individer i mötet. Det skapar känslor av frustration, dock så visar det sig att om vårdpersonal istället tar sig tid för att förstå eller försöka förstå så lindrar det ångest, inger hopp och lindrar lidande.

Sjuksköterskans ansvar

I sjuksköterskans ansvar ligger att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskans ansvar är också att avgöra om personen har suicid tankar, vid förekomst göra suicidriskbedömning, planera för vård och eventuell uppföljning. Det gör sjuksköterskan i mötet genom att se den unika personen och låter personen berätta sin historia. Sjuksköterskan behöver ha kunskap om att suicidtankar snabbt kan övergå till suicidförsök eftersom personen kan ha bristande impuls kontroll; det kan uppfattas genom att vara lyhörd för lidandet hos personen. Att möta personens känslor och bekräfta dessa är en del av sjuksköterskans omvårdnad. Sjuksköterskan lyfter fram vad personens som är suicidnära har för erfarenhet av hur hen tidigare hanterat de suicidal tankarna genom att göra personen delaktig i mötet och inte döma, utan acceptera personens historia och lidandet (Socialstyrelsen, 2017).

Enligt Berglund et al. (2016) vill personen som är suicidnära att sjuksköterskan ska vara öppen, respektfull, accepterande, förstående och empatisk i mötet. Att sjuksköterskan tar sig tid, lyssnar och ser dem som unika individer gör att hen upplever lindring av ångest och ensamhet. Att sjuksköterskan vågar fråga om det som är svårt att prata om och som var anledningen till att de led av sina suicidala tankar, gör att personerna får lindring i lidandet genom mötet.

Problemformulering

Det har visat sig att vårdpersonal inte alltid möter personen som är suicidnära med god omvårdnad. Att möta personen genom empati, att se personen, ta sig tid och våga prata om de svåra sakerna är en del av det som behövs i mötet med personen som är suicidnära. Många studier har gjorts från sjuksköterskans perspektiv, men inte lika många från perspektivet från personen som är suicidnära och detta är minst lika viktigt om inte viktigare för att kunna se deras behov av omvårdnad i mötet. Det saknas fortfarande kunskap inom klinisk verksamhet om hur sjuksköterskan ska möta personen som är suicidnära för att lindra lidande och återställa hälsa. Om sjuksköterskan inte har kunskap i att möta den suicidnära personen och inte arbetar i linje med omvårdnad skapas ett vårdlidande. För att det ska kunna bli ett bra möte behöver sjuksköterskan ta del av personens erfarenheter från mötet med vårdpersonal för att kunna lindra lidande och återställa hälsa.

Syfte

Syftet med studien var att belysa vad personer som är suicidnära har för erfarenheter av mötet med vårdpersonal.

Metod

Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning enligt Friberg (2017) användes som metod för denna litteraturstudie. Syftet med metoden var att gå från en teoretisk grund till att omsättas i praktisk verksamhet inom omvårdnad. Att studera kvalitativ forskning ger en större förståelse av vad lidande innebär och hur personens erfarenheter, upplevelser, behov och förväntningar kan tillgodoses för att öka kunskapen av omvårdnad (Segesten, 2017). Varje studie har ett värde som i en större helhet med andra studier får ett större värde (Friberg, 2017).

Litteratursökning

En informationssökning delas upp i två faser, en inledande osystematisk sökning som utförs för att få en kunskapsöversikt av området och en egentlig systematisk sökning som är av mer metodisk karaktär och syftar till att få fram litteratur som ska användas i resultatet (Östlundh, 2017). Första sökningen utfördes genom en osystematisk sökning i databaserna Pubmed, Cinahl, Google scholar och Psycinfo för att ta reda på om det fanns underlag för en litteraturstudie som kunde kopplas till syftet. Underlaget bedömdes vara tillräckligt av båda författarna och en systematisk sökning påbörjades. Enligt Östlundh (2017) är det viktigt att ha en bred kunskap om ämnet som studeras innan den systematiska sökningen påbörjades. När den systematiska sökningen påbörjats är det viktigt med noggrannhet, dokumentering och planering. De systematiska sökningarna

utfördes i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo. Sökningarna påbörjades med sökord som *meeting, encounters, narratives, lived experience* eftersom dessa sökord var självklara för studiens syfte, dock så uppstod inget adekvat sökresultat.

Den första sökningen utfördes i Cinahl och sökorden *TI (Titel) suicid*, patient experience** och *qualitative* användes. Titelsökning användes till sökordet *suicid* för att begränsa sökresultatet. Enligt Östlundh (2017) så utförs trunkering genom att ordets stam skrivs in i sökmotorn och gör att alla böjningar av ordet identifieras i sökningen. Operatörerna AND, OR och NOT används för att sökord ska kunna kombineras på olika sätt. Operatören AND användes för att kombinera samtliga sökord. Första sökningen genererade tre artiklar till resultatet.

Den andra sökningen utfördes i Psychinfo och sökorden *TI suicid*, TX (All text) Psychiatric, Clinician "health worker", care* och *experience** användes. *All text* användes för sökordet *Psychiatric* för att utvidga sökresultatet. Operatören AND användes för att kombinera samtliga sökord. Sökningen genererade ytterligare fyra artiklar till resultatet.

Den tredje sökningen utfördes även i Psycinfo under sökorden *TI suicidal, qualitative, AB (Abstract) behavior OR crisis. AB behavior OR Crisis* användes för att begränsa sökresultaten, tidigare sökning i Psycinfo gav ett bra och brett resultat och denna sökning gjordes därför enligt ett smalare spektrum. Operatören AND användes för att kombinera samtliga sökord. Sökningen genererade ytterligare tre artiklar till resultatet.

Fjärde sökningen utfördes i Pubmed för att få bredd på sökningen. Sökorden *Experience, Suicide, Hospital, Qualitative* användes och operatören AND användes för att kombinera samtliga sökord. Sökningen genererade ytterligare en artikel till resultatet. Hela sökningen genererade 10 artiklar till resultatet (se bilaga I).

Urval

Inklusionskriterierna utgjordes av artiklar som innehöll personer som var suicidnära och deras erfarenheter av möten med vårdpersonal. Artiklar som var publicerade inom tio år, som var peer reviewed, på engelska och antog en kvalitativ ansats. Artikelns skulle uppnå grad 1 i kvalitet på Högskolan Väst:s granskningsmall för kvalitativ metod (se bilaga III), baserad på en mall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

Enligt Friberg (2017) lämpar sig kvalitativa studier för syftet eftersom det ger en ökad förståelse för vad personernas erfarenheter är, vad lidande innebär och hur deras förväntningar och behov kan mötas. Kvantitativ forskning inom omvårdnad fokuserar på vårdåtgärder (Segesten, 2017). Exklusionskriterier var artiklar som antog en kvantitativ ansats. Två av artiklarna hade både en kvalitativ och en kvantitativ ansats. Den kvantitativa delen valdes bort men den kvalitativa delen användes på båda artiklarna. En artikel hade en del som var ur sjuksköterskans perspektiv och ur perspektivet från personen som var suicidnära. Delen som innefattade sjuksköterskans perspektiv valdes bort eftersom det inte svarade på syftet.

Analys

Enligt Friberg (2017) är analysen en rörelse från helhet till delar som bildar en ny helhet. Artiklarna som söktes fram bildar den första helheten. Därefter analyseras artiklarna med avsikt att finna delarna i de olika artiklarna som svarar på syftet för studien. Delarna som svarar på syftet tas ut ur artiklarna och sammanfogas sedan till en ny helhet.

I analysen användes femstegsmodellen beskriven av Friberg (2017). I första steget läses studierna igenom flertalet gånger för att få en förståelse för innehållet. Båda författarna läste artiklarna flertalet gånger för att bilda sig en uppfattning om innehållet.

I andra steget identifieras nyckelfynden i resultatet för varje enskild studie (Friberg, 2017), genom att författarna markerade de nyckelfynden i texten som svarade på syftet. Det gjordes först på egen hand och sedan diskuterades nyckelfynden tills samförstånd mellan författarna uppnåddes.

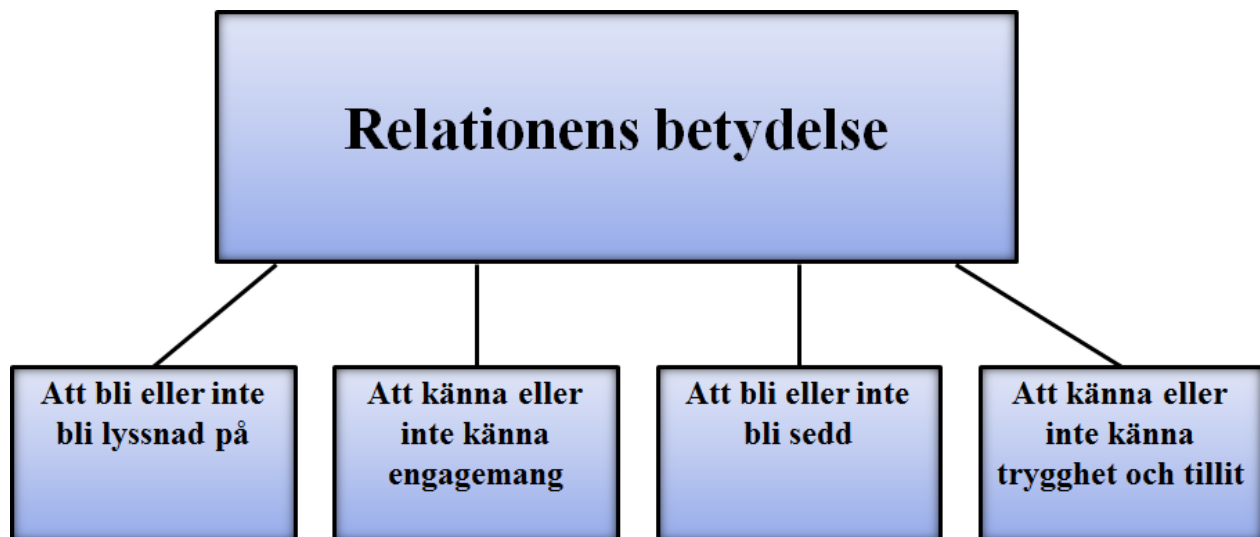
Tredje steget är enligt Friberg (2017) att göra en sammanställning av varje enskild studies resultat för att lättare förstå vad som ska analyseras. Det gjordes i en tabell (se bilaga II) för varje enskild studie för att lätt kunna få en helhet av de olika studierna.

I fjärde steget letas likheter och skillnader mellan de olika studierna i syfte att relatera dem till varandra och på så sätt koppla samman dem så att nya teman bildas enligt Fribergs (2017) modell. I detta steg skrevs nyckelfynden upp på post-it lappar i olika färger. Där en färg angav vilken artikel nyckelfyndet tillhörde. Post-it lapparna parades därefter ihop med likheter tills subteman framträdde.

I det femte steget ska materialet presenteras på ett lättförståeligt sätt (Friberg, 2017) och utmynnade i ett tema och fyra subteman.

Resultat

Efter granskning och analys av de tio artiklarna framkom ett huvudtema med fyra subteman som belyser *relationens betydelse* från erfarenheter av personer som är suicidnära, av mötet med vårdpersonalen.



Figur 1. Översikt av tema och subteman

Relationens betydelse

Personen som var suicidnära hade ett behov av att möta vårdpersonal och inleda en relation som hade som slutmål att lindra lidande. Relationen blev positivt eller negativt laddad beroende på vårdpersonalens förmåga att lyssna, vara engagerad, se personen och att i slutändan utgöra den stabilitet som krävdes för att personen skulle kunna känna tillit och trygghet. I detta kunde personen hitta sig själv, identifiera och lära känna sina suicidtankar och slutligen hitta motståndskraft till dem. Ett positivt möte med vårdpersonal upplevdes utmynna i känslor som hopp kontra ett negativt

möte som kunde innebära att ett utanförskap skapades och negativa känslor som hopplöshet uppstod.

Att bli eller inte bli lyssnad på

Det framkom att det var viktigt att vårdpersonalen tog sig tid att lyssna när väl personerna som var suicidnära ville prata om svårigheterna de upplevde. Om vårdpersonalen inte tog sig tid att lyssna kunde det leda till en försämrad relation (Montross Thomas, Palinkas, Meier, Iglewicz, Kirkland & Zisook, 2014). Att vårdpersonalen lyssnade gjorde att personerna upplevde en god vård (Bergmans, Gordon & Eynan, 2017; Chi, Long, Jeang, Ku, Lu & Sun, 2013; Hausmann-Stabile, Gulbas & Zayas, 2018; Thomas et al., 2014) och att personerna kände hopp inför framtiden och var på väg till ett tillfrisknande (Vatne & Nåden, 2018).

När vårdpersonalen lyssnade bekräftades personernas historia, suicidtankarna lyftes fram och det gjorde att personen upplevde att hen kunde lära sig strategier för att hantera sina suicidtankar (Awenat, Peters, Gooding, Pratt, Shaw-Nunes, Harris & Haddock, 2018; Chi et al., 2013; Lees Procter & Fassett, 2014). När vårdpersonalen lyssnade och bekräftade personen gav det även en känsla av normalisering och mildrade känslor av ensamhet (Hausmann-Stabile et al., 2018).

När vårdpersonalen inte lyssnade på personerna som var suicidnära upplevde de att vårdpersonalen inte tog dem på allvar. Personerna fick då känslor av hopplöshet, ensamhet, irritation, ilska och förtvivlan (Awenat et al., 2018; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2018; Vatne & Nåden, 2014). Personernas erfarenhet var att vårdpersonalen inte lyssnade och beaktade deras åsikt, utan tog beslut mot deras vilja (Bergmans et al., 2017).

Att känna eller inte känna engagemang

När personerna upplevde att vårdpersonalen var engagerad och vågade fråga om de hade suicidplaner kunde de lättare berätta om sina känslor. Genom att dela med sig av sig själva och få prata om sina problem på djupet, gjorde att personerna upplevde att de kunde reflektera och sortera bland alla tankar och känslor. Det gjorde att lidandet lindrades och att de kom till en vändpunkt som ledde till ett bättre mående (Bergmans et al., 2017; Lees et al., 2014). Det ledde även till att personerna som var suicidnära upplevde att de lättare kunde identifiera sina suicidtankar och det var svårt att dölja sina tankar om suicid för vårdpersonal som var engagerad och ställde en direkt fråga (Hagen et al., 2018; Vatne & Nåden, 2014).

När vårdpersonalen lyckades få fram personernas historia och de fick dela med sig av sig själva upplevde de också att känslor av ångest och förtvivlan minskades (Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014; Vatne & Nåden 2014; Vatne & Nåden 2018). Det ledde även till att personerna fann strategier för att hantera sitt dåliga mående och det gjorde i sin tur att de blev mer villiga att ta itu med sina svårigheter (Vatne & Nåden, 2014) .

Personerna som var suicidnära upplevde även att vårdpersonal inte engagerade sig tillräckligt och inte tog sig tid och ansvar för att gå ner djupare i personernas historia och verkligen se dem och att våga fråga om deras svårigheter (Hagen et al., 2018; Vatne & Nåden, 2014). Personernas upplevelse var att vårdpersonalen var mer intresserade av att medicinera bort problemen istället för att dra fram anledningen till svårigheterna i ljuset, förstå och bearbeta dem. Det ledde till känslor av ångest och förtvivlan hos personen (Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014; Vatne & Nåden 2014). När personerna som var suicidnära ville prata om sina svårigheter med personalen var de inte tillgängliga, det gjorde att personerna upplevde att det enda alternativ till behandling var lugnande medicin. Det skapade känslor av isolering och frustration (Awenat et al., 2018).

En persons erfarenhet var dock att efter vårdpersonalen engagerat sig och fördjupat sig i problemen och dragit fram dem i ljuset, ledde det till att personen fick ökad ångest och började öka sin alkoholkonsumtion, eftersom personen hade svårt att hantera sina känslor och allt som kom upp till ytan (Awenat et al., 2018).

Att bli eller inte bli sedd

Det framkom att när vårdpersonalen visade empati och delade med sig av sig själva som människor upplevde personerna att de blev sedda som människor på lika villkor och kände sig unika och som människor av värde (Hagen et al., 2018; Lees et al., 2014; Montross Thomas et al., 2014). När vårdpersonalen delade med sig av sin historia upplevde personerna att de inte var ensamma om att ha problem i livet, förhållandet utjämnades och de kände sig sedda som människor (Lees et al., 2014).

När personerna som var suicidnära kände sig sedda så ledde det till att synen på livet blev mer positiv och att personerna fick bättre sjukdomsinsikt. Det förstärktes när personerna fick upplevelsen av att vårdpersonalen var där för dem och inte enbart var där för att de fick lön för det (Montross Thomas et al., 2014). När vårdpersonalen umgicks med personerna i deras vardag skapade det känslan av att de var lika mycket värda som vårdpersonalen och att de kunde dela med sig av sina tankar och känslor (Vatne & Nåden, 2014). Att bli sedd ledde också till trygghet och det utgjorde en vändpunkt i de suicidala tankarna och skapade en känsla av frihet (Holm & Severinsson, 2011).

När personerna som var suicidnära inte blev sedda av vårdpersonalen upplevde de att det uppstod ett vi och dem förhållande som skapade ett utanförskap. Det gjorde att de kände sig kontrollerade och att de inte kände sig sedda som människor på lika villkor. Det skapade känslan av otrygghet och följderna blev att de inte vågade dela med sig av sig själva, sina känslor och tankar med vårdpersonalen (Hausmann-stabile et al., 2018; Holm & Severinsson, 2011; Lees et al., 2014). Vårdpersonalen visade att de tyckte synd om personerna som var suicidnära och det gjorde att de inte kände sig sedda som jämlikar i mötet. Denna attityd skapade ilska, irritation, känslor av ledsenhet och förödmjukelse (Vatne & Nåden, 2014; Vatne & Nåden, 2018).

Ytterligare faktorer som gjorde att personerna som var suicidnära inte upplevde sig sedda var om vårdpersonalen talade med dem på ett påträngande sätt, om de bytte samtalsämne trots att personerna ville fortsätta diskussionen om pågående ämne och om de ignorerade personens åsikt. Personen fick då känslor av uppgivenhet, förödmjukelse och att inte vara jämlika (Vatne & Nåden, 2014).

Vårdpersonalen sa till personerna att de hade många positiva resurser och att de var tvungna att ta ansvar för sina egna liv. Personerna kunde dock inte ta till sig detta i sitt tillstånd, utan såg bara det negativa. Detta gjorde att personen fick ökade känslor av frustration (Holm & Severinsson, 2011).

Att personerna upplevde sig som sedda eller inte sedda av vårdpersonal var avgörande för om de sökte vård nästa gång de kände suicidtankar (Vatne & Nåden, 2018).

Att känna eller inte känna trygghet och tillit

När vårdpersonalen uppvisade sig som äkta, visade empati, medkänsla, positivitet och strävade efter jämlikhet i mötet så upplevde personerna som var suicidnära att deras tillit ökade. Sammantaget gjorde detta att lidandet bekräftades och att personen kunde känna sig trygg. (Awenat et al., 2018; Hagen et al., 2018; Lees et al., 2014; Vatne & Nåden, 2018).

Det framkom att det var viktigt för personerna som var suicidnära att vårdpersonalen hela tiden försökte skapa en bra vårdrelation (Hagen et al., 2018). När vårdpersonalen delade med sig av sin egna historia till personen ökade tilliten och vårdrelationen förstärktes (Awenat et al., 2018; Hagen et al., 2018; Lees et al., 2014). Personerna var extra uppmärksamma i mötet på om vårdpersonalen lyssnade, om de visade medkänsla, var stöttande eller icke dömande i mötet för att avgöra om vårdpersonalen gick att lita på (Montross Thomas et al., 2014).

Om vårdpersonalen förstod och kände tillit till personens framtid väcktes ett hopp om att fortsätta leva och för att skapa framtida relationer, det ledde till att lidandet lindrades (Vatne & Nåden, 2014; Vatne & Nåden, 2018). När vårdpersonalen tog sig tid att fråga om vardagliga saker upplevde personerna det som att vårdpersonalen brydde sig om dem och det ledde till bättre trygghet och tillit i relationen (Thomas et al., 2014). Att personen upplevde trygghet och tillit i relationen med vårdpersonalen upplevdes som viktigt när personen samtidigt arbetade med att bygga upp motståndskraft till suicidtankarna. Detta upplevdes ta tid och därför var det viktigt att ha vårdpersonal där som ofta bekräftade och gav stabilitet åt personen (Bergmans et al., 2017).

Personerna som var suicidnära upplevde sig ha väldigt svårt för tillit till människor (Hausmann-Stabile et al., 2018). Personerna upplevde brist på tillit till vårdpersonalen när de tog något som sagts i förtroende och missbrukade detta. Det ledde till en dålig vårdrelation och gjorde att personen inte kände sig tillräckligt trygg för att berätta om sina suicidtankar för vårdpersonalen (Awenat et al., 2018). Personerna kände också en brist på tillit och maktlöshet när vårdpersonalen inte beaktade deras åsikt utan tog beslut över huvudet på dem (Holm & Severinsson, 2011).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet var att belysa vad personer som var suicidnära hade för erfarenheter av mötet med vårdpersonal. För att uppnå det valdes en kvalitativ ansats. Det lämpar sig för att få ökad förståelse av vad personerna upplevt, deras erfarenhet, vad lidande innebär hur deras förväntningar och hur deras behov kan mötas (Friberg, 2017). Kvantitativ forskning inom omvårdnad fokuserar på att undersöka vårdproblem och vårdhandlingar genom att mäta och jämföra olika åtgärder mot varandra för att fastställa om ett sätt ger bättre resultat än ett annat (Segesten, 2017). De valdes därför bort eftersom det avsågs att skapa förståelse för personerna som var suicidnära genom att få deras erfarenhet av mötet. Examensarbetet var en litteraturbaserad studie som innehöll analys av tio kvalitativa studier.

Sökningarna utfördes i Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Sökningarna började i Cinahl, där problemet var att inte tillräckligt med artiklar hittades. Psycinfo användes som komplement eftersom den databasen hade betoning på psykisk ohälsa. Pubmed användes för att få en större bredd på sökningarna. Författarna såg det som en styrka att tre olika databaser användes i litteratursökningen. En svaghet kunde vara att författarna inte hade valt att använda ytterligare databaser i sökningarna eftersom det var svårt att hitta något relevant för syftet. Det hittades mest medicinska artiklar. Ett begränsat antal studier med perspektivet från personer som var suicidnära i mötet med sjuksköterskan fanns att tillgå. De flesta artiklar handlade om möten med vårdpersonal och inte specifikt om sjuksköterskan. Högre styrka hade kunnat uppnås om äldre artiklar användes eftersom de fanns fler av dem som fokuserade på personerna som var suicidnära i mötet med vårdpersonal. Det kunde ses som en svaghet eftersom mer artiklar hade kunnat leda till ett annat resultat. Författarna ansåg att gå längre tillbaka än tio år inte skulle vara aktuellt i dagens samhälle.

Detta eftersom vården och samhället hade genomgått stora förändringar angående attityd och kunskap bland vårdpersonal och i samhället i stort.

Alla artiklar var peer reviewed vilket enligt Polit och Beck (2017) innebär att en grupp med forskare granskat olika delar av artikeln innan den publicerats i en vetenskaplig tidskrift. Östlundh (2017) menar att peer reviewed innebär att artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter, det betyder inte att den vetenskapliga kvalitén är hög utan det krävs att det görs en granskning för att säkerställa kvalitén av artikeln. Granskningsmall grundad i Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011), se bilaga III användes för att säkerställa kvalitén på artiklarna. Samtliga artiklar var av hög kvalitet och uppnådde grad 1 enligt granskningsmallen vilket var en styrka för examensarbetet. Engelska språket användes som avgränsning för att sortera bort artiklar skrivna på språk som författarna inte behärskade. Författarna hade inte engelska som modersmål, det kunde ses som en svaghet. Författarna hade under arbetet läst artiklarna flera gånger individuellt och jämförde vad de kom fram till för att säkerställa att samförstånd uppnåddes.

Sökningarna genererade totalt tio artiklar som svarade mot syftet (se bilaga I). Artiklar med titlar som kunde kopplas till syftet valdes, abstract lästes på utvalda artiklar. Delar av de tio artiklarna som svarade på syftet med studien plockades ut och analyserades enligt femstegsmodellen, steg för steg. Arbetets struktur blev tydlig och lätt arbetat eftersom stegen var beskrivna av Friberg (2017) på ett enkelt sätt. Det skapade bra förutsättning att analysen genomfördes på ett korrekt sätt och visade på tillförlitlighet i arbetet.

En av artiklarna innehöll en kvantitativ och en kvalitativ del, endast den kvalitativa delen användes till resultatet. En artikel hade med perspektivet från både personer som var suicidnära och sjuksköterskors perspektiv, endast delarna som innehöll perspektivet från personen som var suicidnära användes. Det skulle kunna ses som en svaghet då det kunde vara svårt att avskilja vilket som sjuksköterskor sade kontra personer som var suicidnära sade. Genom att läsa flera gånger individuellt och gemensamt säkerställde författarna att de enbart använde erfarenheten från personen som var suicidnära till resultatet.

Det fanns etiskt resonemang och godkännande från etiska kommittéer i åtta av artiklarna. Två av artiklarna hade inte etiskt resonemang. I dessa två artiklar hade forskarna lämnat information till de medverkande som gav sitt godkännande. Enligt Polit och Beck (2017) ska deltagandet vara frivilligt och resultatet ska vara användbart för deltagaren själv eller andra. Författarna ansåg att det var en svaghet för denna litteraturstudie att inte alla artiklar hade en etisk diskussion. Eftersom alla personer godkände sin delaktighet i studierna och att resultatet kunde användas för att främja mötet till fördel för personer som var suicidnära, var det forskningsetiskt försvarbart.

För att trovärdighet ska kunna bedömas används fyra begrepp, tillförlitlighet, överförbarhet, giltighet och delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Enligt Polit och Beck (2017) skapas trovärdighet genom att en röd tråd finns genom arbetet, att metod och tillvägagångssätt redovisats med tydlighet. Trovärdighet skapas också genom att studien kan göras om under liknande förhållanden och få liknande resultat. Författarna ansåg att denna litteraturstudie hade en stark röd tråd och att studiens resultat stärktes av tidigare forskning vilket gjorde den trovärdig. Bristen på erfarenhet när det gäller studier av denna natur kan göra att tillvägagångssätt inte redovisats på bästa sätt. Friberg (2017) menar att medvetenhet och reflektion under arbetets gång ökar tillförlitligheten. Författarna reflekterade och diskuterade alla delar av litteraturstudien för att säkerhetsställa tillförlitlighet i resultatet. Författarna hade ingen erfarenhet av litteraturbaserat arbetssätt tidigare. Det kunde prägla analysen negativt med en dålig giltighet som följd. Författarna

försökte motverka det genom att först individuellt analysera artiklarna och sedan jämföra fynden för samstämmighet och att inget av vikt missades.

Det är upp till läsaren själv att avgöra om resultatet är överförbart till andra professioner (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Det upplevdes av författarna att överförbarheten var stor till sjuksköterskans profession eftersom resultatet gav bred kunskap för hur personerna som var suicidnära upplevde mötet med vårdpersonal. Polit och Beck (2017) menar att det berikar studien när data från olika människor med olika bakgrunder används. Artiklarna som analyserades till resultatet var internationella och detta gjorde också resultatet överförbart internationellt.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) skriver att delaktighet handlar om att författarna förhåller sig neutralt till studien. Författarna av studien reflekterade, kritiskt granskade och samstämde artiklarna löpande under arbetets gång för att vara säkra på att de såg samma sak och inte färgade resultatet av förkunskap. Författarna hade viss förkunskap i mötet med personen som var suicidnära genom tidigare arbete och praktik.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att personerna som är suicidnära har upplevelsen av att vårdpersonalen inte lyssnar när de väl delar med sig och vill prata om saker som är svåra för dem. Det leder till att personerna får känslor av hopplöshet, ilska och upplever att de inte blir tagna på allvar. Författarna anser att det är märkligt att vårdpersonal inte lyssnar eftersom det kan antas vara en stor del av deras arbetsuppgifter och om detta inte fungerar kan det leda till ett vårdlidande. Det kan jämföras med Eriksson (1994;2018) som beskriver att ett vårdlidande uppstår om personen blir nonchalerad eller inte lyssnad på och som i förlängningen leder till en känsla av maktlöshet och att personen räknas bort. Detta bekräftas även av Berglund, Westin, Svanström och Sundler (2012) som framhåller hur personer inneliggande på svenskt sjukhus upplever ett vårdlidande som gör att personerna får en känsla av maktlöshet, misstro på sin egen förmåga och som följd drabbas av passivitet.

Resultatet visar också att när vårdpersonalen lyssnar bekräftas personen och kan känna hopp inför framtiden och utvecklar då strategier för att öka motståndskraften mot de suicidala tankarna. Berg et al. (2017) beskriver att det är viktigt att vårdpersonalen tar personer som är suicidnära på allvar, bryr sig och ser dem på lika villkor. Det gör att motståndskraften ökar mot suicidtankarna och personerna får en ökad känsla av kontroll över sitt liv. McKinnon (2018) bekräftar det angelägna med att lyssna och bekräfta personen genom att beskriva hur denna förmåga utgår empatiskt ifrån sjuksköterskans förhållningssätt. När sjuksköterskan lyssnar är det samtidigt viktigt att bekräfta vad personen har sagt, för att förstå personen rätt och känna in var denne befinner sig tanke- och känslomässigt. Författarna tänker sig att när vårdpersonal riktigt lyssnar betyder det mer än att bara passivt delta. Det kan tänkas präglas av aktivitet där vårdpersonal får personen att känna sig bekräftad genom att de visar och kontrollerar att utsagan har uppfattats korrekt. Att personerna upplever att vårdpersonal inte lyssnar kan således bero på att de inte bekräftar vad personen som är suicidnära säger.

Ett annat resultat som framkommer är att personer som är suicidnära har upplevelsen av att vårdpersonal inte engagerar sig tillräckligt i deras historia och kan därför inte få fram problemen i ljuset. Om detta inte sker får personerna känslor av ångest och förtvivlan. Författarna anser att vårdpersonal bör engagera sig och våga ställa de svåra frågorna till personen i syfte att hjälpa personen att bearbeta problemen. Det är i linje med Eriksson (1994;2018) som beskriver ett vårdlidande som uppkommer ur att vårdpersonal inte har förmågan att se vårdbehovet hos personen

och ett vårdlidande skapas. Vårdlidandet uppkommer ibland genom att vårdpersonal inte har ett gott motiv när de utför vårdande och att vårdpersonalen inte har en humanistisk grundsyn på vad god vård innefattar. Berglund et al. (2012) beskriver också att personerna utsätts för vårdlidande genom att sjukdomssymptom eller biverkningar på medicin inte tas på allvar. Personerna upplever att de är tvungna att kämpa för att någon i vårdpersonalen ska lyssna på dem och att de känner sig tvungna att finna sig i vad vårdpersonalen tycker och vill; för att slippa känslor av att vara en besvärlig patient. Vissa är också för sjuka för att orka kämpa för sin rätt till vård och finner sig i vad vårdpersonalen säger av denna orsak.

Resultatet visar även att personer som är suicidnära inte känner sig sedda som människor på lika villkor av vårdpersonal och när det sker kan ett vi och dem förhållande uppstå. Vilket kan jämföras med Buber (1994) som beskriver hur ett *jag-det* förhållande i mötet präglas av mänsklig frånvaro och att inte vara i nuet hos personen. Författarna tänker sig att detta *jag-det* kan tänkas prägla orden vi och dem. Det kan då tänkas att det ligger mer i vårdpersonals uppdrag att ingå ett *jag-du* möte med personen och skapa mer av ett *vi* förhållande som tar form av ett *jag-du*. Detta vi och dem förhållande kan tänkas förstärkas ytterligare av att vårdpersonal visar att de tycker synd om personerna på ett nedlåtande sätt, byter samtalsämne eller tilltalar dem på ett påträngande sätt. Att personerna inte känner sig sedda av vårdpersonal förstärks av Berglund et al. (2012) genom att personerna upplever att vårdpersonalen bara ser sjukdomen och inte personen bakom. Personerna upplever också att vårdpersonalen inte frågar om sjukdomen eller möter den rädsla som personerna känner och det leder till ett vårdlidande som gör att personerna känner sig illa behandlade. Eriksson (1994;2018) beskriver att när vårdpersonal inte ser människan tar de ifrån personen värdigheten som människa och det leder till att personens inre hälsoresurser begränsas. McKinnon (2018) bekräftar angelägenheten av att sjuksköterskan ser människan genom att det ibland krävs att sjuksköterskan upplever det någon annan upplever för att kunna känna empati och på så sätt kunna se människan. Författarna tänker sig att om vårdpersonal inte upplever känslorna av hopplöshet eller ångest som föreligger hos personen som är suicidnära, kan det bli svårt att se personens lidande på ett adekvat sätt. Det kan tänkas leda till att vårdpersonal missar personens lidande och personerna upplever att vårdpersonalen inte ser dem. Att sjuksköterskor uppfattas som engagerade och att de verkligen ser personen kan därför tänkas bero på om de har livserfarenhet som sträcker sig bortom deras profession. Utveckling av sjuksköterskerollen innebär i så fall att utvecklingen inte bara sker på arbetet utan att den sker genom fritiden också, det blir då viktigt att sjuksköterskan är av reflekterande natur och applicerar in det i professionen.

Ett ytterligare resultat som framkommer är att det är viktigt för personerna som är suicidnära att vårdpersonal försöker skapa en vårdande relation baserad på tillit och trygghet. När vårdpersonalen delar med sig av sig själva gör det att relationen stärks och att personerna känner sig unika. Buber (1994) beskriver ett möte där personen blir betraktad som en människa i ett *jag-du* möte. Författarna tänker sig att när personen och vårdpersonalen båda delar med sig av sig själva leder till ett *jag-du möte*, där båda ser varandra som något mer än patient eller vårdpersonal. De är människor som är i nuet och tillsammans bildar en helhet och i ett *jag-du* bildas ett bra möte. När mötet blir bra känner personerna som är suicidnära att de kan dela med sig och prata om det svåra och få lindring i sitt lidande.

I resultatet framkommer det att tryggheten och tilliten riskeras när vårdpersonal missbrukar personernas förtroende eller när de ignorerar deras åsikt. Detta är i linje med Buber (1994) och det har skapats ett *jag-det* möte där personen ses som ett ting och inte som en människa och därför kommer det aldrig utvecklas en god relation. När detta fortgår kan *jag* till slut förvandlas till ett ting även i sina ögon. Kasen et al. (2008) beskriver hur vårdpersonal upplever att makten inte är

jämmt fördelad mellan vårdpersonal och patient. Detta ojämna förhållande förstärks ytterligare när inte vårdpersonalen reflekterar över detta och vårdlidande i sitt arbete. Genom ord och beteende förs detta vårdlidande över i form av känslor som hopplöshet till patienten som förlitar sig på vårdpersonalens kunskap.

Författarna anser att när sjuksköterskan inte lyssnar, ser, engagerar sig eller försöker inge trygghet och tillit till personen som är suicidnära, kan detta ses som ett avstamp från professionen. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) är sjuksköterskans ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Författarna menar att när detta inte utförs i mötet leder det istället till ett vårdlidande som helt går emot sjuksköterskans profession. När sjuksköterskan eller annan vårdpersonal tar in personen som är suicidnära för en stund i dennas livsvärld och ser människan, skapas ett möte och en relation som omges av trygghet och stabilitet. Det går i linje med vad Buber (1994) menar om att inträda i ett *jag-du* möte som innebär att lämna *det* världen genom att överge tankar på materialistiska ting, fullkomligt acceptera nuet och vara närvarande i mötet. Författarna anser att när sjuksköterskan gör detta leder det till att personen tar itu med sina suicidtankar och att hen går från ett icke levande som präglas av hopplöshet till en väg av hopp och som följaktligen leder tillbaka till livet igen.

Slutsatser

En slutsats som kan dras av studiens resultat är att relationens betydelse med vårdpersonal är viktig och den stärks genom att vårdpersonal lyssnar, engagerar sig, inger trygghet och tillit och att de får personen som är suicidnära att känna sig sedd. En ytterligare slutsats är att när vårdpersonal inte lyssnar känner personerna som är suicidnära sig inte tagna på allvar och det frambringar känslor som hopplöshet, ensamhet, irritation, ilska och förtvivlan. När vårdpersonal lyssnar känner personerna sig bekräftade och får hopp om framtiden.

I mötet mellan personerna som är suicidnära och vårdpersonalen framkom att vissa ibland visade engagemang medan andra inte visade engagemang. När vårdpersonal inte engagerar sig får personerna känslor som förtvivlan och ångest. När vårdpersonal engagerar sig kan de identifiera sina suicidtankar och får fram dem i ljuset och nå en vändpunkt till ett bättre mående.

Att inte känna sig sedd av vårdpersonalen utmynnar i känslor som uppgivenhet och förödmjukelse och ett vi och dem förhållande uppstår. När personerna känner sig sedda av vårdpersonal blir de mer positiva och känner sig som människor på lika villkor och att de är unika.

När personerna känner tillit och trygghet blir det enklare att dela med sig av sig själva och att prata om sina svårigheter och personerna får hopp för framtida relationer. Att inte känna tillit och trygghet till vårdpersonal leder till en dålig vårdrelation och personerna får svårt att dela med sig av sig själva och berätta om sina suicidtankar.

Praktiska implikationer

Kunskapen som framkommer i detta examensarbete belyser vad personer som är suicidnära har för erfarenheter i mötet med vårdpersonal. Dessa personer förekommer genom hela vårdkedjan och berör därför all vårdpersonal. Det är främst riktat till sjuksköterskan som har ett omvårdnadsansvar och ser till att alla i vårdteamet blir medvetna om denna kunskap. Att belysa mötet ger

sjuksköterskan kunskap och verktyg för att ge personerna omvårdnad som inte leder till vårdlidande, utan som leder mot hälsa.

Att sjuksköterskan bekräftar personerna, tar kontakt aktivt, tar del av deras historia, berättar sin egen historia och ser genom personernas ögon är verktyg som framkommer. Det leder till att sjuksköterskan får personerna att känna att de blir lyssnade på, att de känner engagemang, att de känner sig sedda och känner tillit och trygghet. All vårdpersonal bör ha kunskap om att möta personerna som är suicidnära och förstå hur viktigt mötet är och att deras påverkan kan leda till lidande eller hälsa. Det leder till en ökad kvalitetsutveckling inom omvårdnad och specifikt inom det mellanmänniska mötet mellan vårdpersonal och personer som är suicidnära.

Att mötet blir bra gör att lidandet minskar för personen som är suicidnära och ur ett samhällsperspektiv kan det leda till att suicidförsöken minskar och att familjer samtidigt slipper mista en familjemedlem.

En person som är suicidnära lider av psykisk ohälsa och det kan tänkas att denna kunskap är applicerbar till alla personer som lider av psykisk ohälsa. Det ger sjuksköterskan en bred kompetens och ökad förståelse för mötet med personer som lider av psykisk ohälsa tillgodose deras individuella behov.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Författarna har viss kunskap när det gäller att möta personer som är suicidnära, men mer erfarenhet behöver införskaffas. Det är av värde att båda författarna uppehåller en god kunskap om psykisk ohälsa för att kunna möta personer som är suicidnära på ett adekvat sätt.

Författarna har blivit medvetna om att det råder brist på studier som jämför vad personer som är suicidnära har för erfarenhet av mötet, med vårdpersonals erfarenhet av mötet. För att se om det överensstämmer med båda parter uppfattning av ett gott möte. Det skulle också vara av intresse att belysa vad personer som är suicidnära har för erfarenheter av mötet med sjuksköterskan för att ge en mer specifik bild på hur personen upplever mötet med sjuksköterskan. Utifrån dessa studier skulle det kunna leda till att sjuksköterskan får mer förståelse för hur personen som är suicidnära önskar bli behandlad i mötet och verktyg skulle kunna skapas för att stödja sjuksköterskan i sin profession.

Ytterligare forskning om vad personer som är suicidnära har för erfarenheter av mötet med vårdpersonal vore önskvärt. Detta skulle sjuksköterskan kunna använda in i sin profession och på detta sätt sker en kunskapsutveckling inom omvårdnad. Det behövs mer forskning om vårdlidande, eftersom resultatet visar att det skapas vårdlidande i mötet med personen som är suicidnära.

Referenser

- Awenat, Y. F., Peters, S., Gooding, P. A., Pratt, D., Shaw-Núñez, E., Harris, K., & Haddock, G. (2018). A qualitative analysis of suicidal psychiatric inpatients views and expectations of psychological therapy to counter suicidal thoughts, acts and deaths. *BMC Psychiatry*, 18. doi:10.1186/s12888-018-1921-6
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17, 1–13. doi:10.1186/s12913-017-2023-8
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care—Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7. doi:10.3402/qhw.v7i0.18688
- Berglund, S., Åström, S., & Lindgren, B.-M. (2016). Patients' Experiences After Attempted Suicide: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 715–726. doi:10.1080/01612840.2016.1192706
- Bergmans, Y., Gordon, E., & Eynan, R. (2017). Surviving moment to moment: The experience of living in a state of ambivalence for those with recurrent suicide attempts. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 90(4), 633–648. doi:10.1111/papt.12130
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. (2. uppl.). Ludvika: Dualis.
- Chi, M.-T., Long, A., Jeang, S.-R., Ku, Y.-C., Lu, T., & Sun, F.-K. (2013). Healing and recovering after a suicide attempt: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1751–1759. doi:10.1111/jocn.12328
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1 uppl.). Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden. Samlingsverk av Katie Eriksson*. Stockholm: Liber.
- Folkhälsomyndigheten. (2018b). Statistik om suicid. Hämtad 2018-15-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
- Folkhälsomyndigheten. (2018a). Suicidförsök. Hämtad 2018-15-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/suicidforsok/>
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. i F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., ss. 129-139). Lund: Studentlitteratur.
- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1). doi:10.1080/17482631.2018.1461514
- Hausmann-Stabile, C., Gulbas, L., & Zayas, L. H. (2018). Treatment Narratives of Suicidal Latina Teens. *Archives of Suicide Research*, 22(1), 165–172. doi:10.1080/13811118.2017.1304305
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 165–173. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x

- Kasen A, Nordman T, Lindholm T, & Eriksson K. (2008). When a patient suffers from care -- nurses' characterization of patients' suffering related to care. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(2), 4–8. doi: 10.1177/010740830802800202
- Lees, D., Procter, N., & Fassett, D. (2014). Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306–315. doi:10.1111/inm.12061
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielson & M. Granskär (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., ss. 219-234). Lund: Studentlitteratur
- McKinnon, J. (2018). In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3882–3893. doi:10.1111/jocn.14610
- Montross Thomas LP, Palinkas LA, Meier EA, Iglewicz A, Kirkland T, Zisook S. Yearning to be heard: What veterans teach us about suicide risk and effective interventions. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2014;35(3):161-167. doi:10.1027/0227-5910/a000247.
- Nationalencyklopedin. (u.å.). Självmord. Hämtad 2018-11-13 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/sj%C3%A4lvmord>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10.uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., ss. 105-108). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2003). Vård av självmordsnära patienter - En kunskapsöversikt. Artikelnummer 2003-110-8). Tillgänglig 2003 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf
- Socialstyrelsen. (2017). Suicid. Hämtad 2018-11-16 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/varnskadeomraden/suicid>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Tillgänglig 2017 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Vatne, M., & Nåden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 25(4), 444–457. doi:10.1177/0969733016658794
- Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21(2), 163–175. doi:10.1177/0969733013493218
- WHO. (2018). Suicide. Hämtad 2018-11-14 från <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., ss. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga I

Sökhistorik

Cinahl 2018-11-03	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	TI suicid*	16 669				
2	Patient experience*	149 658				
3	Qualitative	133 870				
4	1 AND 2 AND 3	79				
Avgränsningar:	Peer reviewed 2008–2018 Engelska	51	51	13	8	3

Psychinfo 2018-11-03	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
1	TI Suicid*	33 683				
2	TX Psychiatric	400 540				
3	Clinician or "health worker"	98 378				
4	Care	505 424				
5	Experience*	645 132				
6	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	44				
Avgränsningar:	Peer reviewed 2008–2018 Engelska	25	25	9	4	3

Bilaga I

Psycinfo 2018-11-17	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	TI Suicidal	9 404				
S2	Qualitative	160 183				
S3	AB Behavior or crisis	693 602				
4	1 AND 2 AND 3	100				
Avgränsningar:	Peer reviewed 2008–2018 Engelska	60	60	10	6	3
Pubmed 2018-11-17	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultatet
S1	Experience	29 697				
S2	Suicide	3 975				
S3	Hospital	220 340				
S4	Qualitative	10 462				
S5	Attempts	105 361				
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	4				
Avgränsningar:	Engelska Peer reviewed 2008–2018	4	4	3	2	1

Översikt av analyserad litteratur

<p>Författare May Vatne och Dagfinn Nåden</p> <p>Årtal Publicerad 2018</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Det finns lite forskning inom området om patienters erfarenheter av vård och behandling i den suicidala krisen.</p> <p>Syfte Att utveckla kunskap som lindrar patientens lidande efter ett suicidförsök.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats.</p> <p>Metod Hermeneutisk metod med explorativa intervjuer.</p>	<p>Urval Att man försökt begå suicid, har haft allvarliga suicidplaner och att man kunde kommunicera. Personer med psykos uteslöts.</p> <p>Studiegrupp 4 kvinnor och 6 män. Ålder 21–52 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Tre teman uppstod.</p> <p>Att erfara hopp genom möten.</p> <p>Att erfara hopp genom en atmosfär av visdom.</p> <p>Att erfara en stråle av hopp genom att ta tillbaka ansvaret.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare May Vatne och Dagfinn Nåden</p> <p>Årtal Publicerad 2014</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Suicid är ett stort folkhälsoproblem och det finns dåligt med kunskap om patienters erfarenheter efter ett suicidförsök.</p> <p>Syfte Att utforska erfarenheter hos suicidala personer i efterförloppet av ett suicidförsök och vad de erfar har hjälpt dem.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats</p> <p>Metod Hermeneutisk metod, med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval Att deltagarna hade planer på att begå suicid. I händelse av ett självmordsförsök var intervjun nödvändig att ske senast 2 veckor efteråt. Personen skulle inte vara psykotisk och kunna kommunicera. De var tvungna att ha tillgång till en psykolog två veckor efter försöket.</p> <p>Studiegrupp 4 kvinnor och 6 män. Åldrar 21–52.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Tre teman uppstod.</p> <p>Upplevelser och inte upplevelser av öppenhet och förtroende.</p> <p>Att möta och inte mötas av någon som tar upp saken.</p> <p>Att mötas på lika villkor kontra att bli förödmjukad.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>

Bilaga II

<p>Författare Mei-Ting Chi, Ann Long, Shiow-Rong Jeang, Yan- Chiou Ku, Ti Lu and Fan-Ko Sun</p> <p>Årtal Publicerad 2013</p> <p>Land Taiwan</p>	<p>Problem Antalet suicid har ökat i Korea, Japan och Singapore. Suicid är på topp 10 listan på dödsorsaker. Att inte veta vad det är som gör att dessa personer lyckas läka och må bättre.</p> <p>Syfte Att utforska personernas läkning och återhämtning efter suicidförsök hos dem som inte haft återfall det senaste året.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats.</p> <p>Metod Grundad teori med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval Personer som var inskrivna på psykiatrisk öppenvårdsmottagning och hade försökt begå självmord 12 månader tidigare utan återfall i suicidförsök eller suicidtankar. Ålder över 20 år, diagnostiserade med depression. Personer med allvarlig personlighetsstörning uteslöts.</p> <p>Studiegrupp 12 kvinnor och 2 män. Ålder 35–57 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Fem teman och tolv underteman uppstod.</p> <p>Första temat var självkänsla. Subteman var att väcka ansvaret och att väcka rädsla för döden.</p> <p>Andra temat var Livets resurser. Subteman var att söka hjälp från sjukvårdspersonal och att söka hjälp från sociala supportsystem.</p> <p>Tredje temat var människans cyniska natur. Subteman var återkomst av stressfaktorer och hur symptom påverkar.</p> <p>Fjärde temat var att anpassa sig. Subteman var att anpassa sig till sjukvårdens mönster och beteende, att acceptera verkligheten, förlösande känslor och avleda uppmärksamheten.</p> <p>Femte temat var acceptans. Subteman var att acceptera verkligheten av sig själv, andra och livet och att investera i livet.</p>	<p>Kvalitets- granskning Grad 1</p>
--	--	---	--	---	--

Bilaga II

<p>Författare Julia Hagen, Birthe Loa Knizek och Heidi Hjelmeland</p> <p>Årtal Publicerad 2018</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Det finns dåligt med forskning om patienters erfarenheter av vård och behandling på sjukhus inom psykiatri i Norge sedan man gjort om riktlinjerna för att förebygga självmord.</p> <p>Syfte Att studera tidigare suicidala patienters erfarenheter av behandling och vård på psykiatrisk avdelning i Norge för att öka kunskapen och förståelsen hos sjukvårdspersonalen för att förebygga suicidförsök.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats</p> <p>Metod Fenomenologisk metod med semi strukturerade intervjuer</p>	<p>Urval 18 år och äldre, inlagda på psykiatrisk avdelning en eller flera gånger de senaste 12 månaderna på grund av suicidförsök eller seriösa självmordstankar som ansågs kunna tas i bruk.</p> <p>Studiegrupp Fyra kvinnor och en man. Åldrar 33–54 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Tre teman uppstod.</p> <p>Att söka gemenskap för att känna sig säker nog för att kunna dela sitt lidande kring de suicidala tankarna.</p> <p>Att få individuell vård för att känna sig värdefull som person.</p> <p>Att söka stöd för att främja sitt tillfrisknade i läkeprocessen</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Lori P. Montross Thomas, Lawrence A. Palinkas, Elily A. Meier, Alana Iglewicz, Tabitha Kirkland, and Sidney Zisook</p> <p>Årtal Publicerad 2014</p> <p>Land USA</p>	<p>Problem Tidigare forskning har fokuserat mycket på att finna riskfaktorer för suicid. Därför behövs satsning på kvalitativa studier som kan förklara suicidala patienters nyanserade upplevelser för att bättre förstå människan.</p> <p>Syfte Att bättre förstå suicidala personers erfarenheter från patientens perspektiv som lider av allvarlig mental ohälsa</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats</p> <p>Metod Fenomenologisk metod med öppna intervjuer.</p>	<p>Urval Patienter med allvarlig mental ohälsa som hade dokumenterad sjukushistoria för minst ett suicidförsök eller allvarlig suicidplan</p> <p>Studiegrupp 19 män och 4 kvinnor. Åldrar 29–81 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Fyra teman uppstod.</p> <p>Bakomliggande orsaker till suicidförsöket.</p> <p>Självordshändelsens egenskaper.</p> <p>Erfarenheter av behandlingen efteråt.</p> <p>Personens personliga rekommendationer för framtida behandlingar.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>

Bilaga II

<p>Författare Carolina Hausmann-Stabile, Lauren Bulbas och Luis h. Zayas</p> <p>Årtal Publicerad 2017</p> <p>Land USA</p>	<p>Problem Latinamerikanskt självmordsbeteende indikerar akut känslomässig nöd med intensiv känslomässig sårbarhet och ångestproblem. Suicidförsök är överrepresenterat i denna grupp och det behöver därför utforskas mer.</p> <p>Syfte Att undersöka tonåringar som har latinamerikanskt ursprung och deras erfarenheter av behandling efter suicidförsök. För att i klinisk praxis kunna använda sig av deras erfarenheter för att förbättra vården för denna del av befolkningen.</p>	<p>Ansats Kvalitativ och kvantitativ ansats.</p> <p>Metod Mixad metod med kvalitativ innehållsanalys av intervjuer.</p>	<p>Urval 11–19 år, latinamerikanskt ursprung, patienter inom psykiatrisk öppenvård och psykiatrisk slutenvård</p> <p>Studiegrupp 68 kvinnliga latinamerikanska tonåringar</p>	<p>Huvudsakligt resultat Fyra teman uppstod.</p> <p>Vägen till behandling och hjälp efter ett suicidförsök</p> <p>Positiva erfarenheter av behandling och möte med sjukvården.</p> <p>Negativa erfarenheter av behandling och möte med sjukvården.</p> <p>Kommunikation med sjukvården.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Anne Lise Holm och Elisabeth Severinsson</p> <p>Årtal Publicerad 2011</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem Nya styrdokument över flera länder har påvisat sambandet mellan återhämtning och hopp. Att ha hopp är en förutsättning för återhämtning. Få studier har gjorts för att undersöka sambandet och det behöver därför utforskas mer.</p> <p>Syfte Att undersöka hur återhämtningsprocessen underlättade förändringar hos personer med suicidbeteende med borderline personlighetsstörning.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats</p> <p>Metod Tematisk analys. Explorativ metod med narrativa intervjuer.</p>	<p>Urval Kvinnor som hade en diagnos av emotionell instabilitet och led av allvarliga självmordstankar.</p> <p>Studiegrupp Kvinnor. Ålder 25–53 år</p>	<p>Huvudsakligt resultat Två teman uppstod och fyra subteman.</p> <p>Första temat var kämpar för att ta ansvar för sig själv och andra. Subtema var önskan till återhämtning genom att söka efter styrka, önskan att bli förstådd för den du är och återhämtning utan att känna sig kränkt.</p> <p>Andra temat var kämpandet med att överleva genom att lära känns sig själv. Subtema var återhämtning genom att känna tillit och att känna sig säker.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>

Bilaga II

<p>Författare David Lees, Nicholas Procter och Denise Fassett</p> <p>Årtal Publicerad 2014</p> <p>Land Australien</p>	<p>Problem Det finns ingen forskning som undersöker både patient och vårdar perspektiv i hur sjuksköterskans engagemang påverkar sjukvården av suicidala personer.</p> <p>Syfte Att utforska de erfarenheter och behov som suicidnära personer hade i en suicidal kris och i vilken utsträckning det var uppfyllda och hur stor del av sjuksköterskans engagemang som spelade in.</p>	<p>Ansats Kvalitativ- och kvantitativ ansats</p> <p>Metod Mixad metod med enkäter och semistrukturera de intervjuer</p>	<p>Urval Patienter som återhämtat sig från en suicidalkris nyligen och hade vårdats av sjuksköterskor.</p> <p>Studiegrupp 6 kvinnor och 3 män, med en medelålder av 41 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Fem teman uppstod.</p> <p>Första temat var patientens suicidala kris</p> <p>Andra temat var patientens behov av service</p> <p>Tredje temat var framträdande interventioner</p> <p>Fjärde temat var graden av terapeutiskt engagemang</p> <p>Femte temat var faktorer som medlar service och förverkligandet av engagemang.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
<p>Författare Yvonne Bergmans, Evelyn Gordon och Rahel Eynan</p> <p>Årtal Publicerad 2017</p> <p>Land Kanada</p>	<p>Problem Det finns inte tillräcklig forskning när det gäller personer som gör upprepade suicidförsök.</p> <p>Syfte Att utforska hur det känns att leva i ambivalens mellan liv och död för en person som har en historia av upprepade suicidförsök.</p>	<p>Ansats Kvalitativ ansats</p> <p>Metod Fenomenologisk metod med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval Över 18 år. Två eller flera suicidförsök. Att kunna ge sitt tillstånd. Engelskspråkig.</p> <p>Studiegrupp kvinnor. Ålder 30–60 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Två teman uppstod och sex subteman.</p> <p>Första temat var att besluta att inte dö i stunden. Subteman att uthärda livet, att se undergång och att ändra uppfattning.</p> <p>Andra temat var att besluta sig att leva i nuet. Subteman var att ta kontroll, att acceptera hjälp och att ta kontakt.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>

Bilaga II

<p>Författare Yvonne F Awenat, Sarah Peters, Patricia A Gooding, Daniel Pratt, Emma Shaw-Nunez, Kamelia Harris, Gillian Haddock.</p> <p>Årtal Publicerad 2018</p> <p>Land England</p>	<p>Problem Vård fokuserar på den fysiska behandlingen och inte den psykologiska när det gäller suicid. Det behövs därför tas fram en specifik psykologisk behandling för suicidala patienter.</p> <p>Syfte Att förstå patientens syn och förväntningar på psykologisk terapi för att motarbeta suicidala tankar</p>	<p>Ansats Kvalitativ- och kvantitativ ansats</p> <p>Metod Mixad metod med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval Över 18 år. Självrapporterade suicidtankar eller suicidbeteende det senaste tre månaderna. Att kunna ge sitt samtycke.</p> <p>Studiegrupp 14 män och 6 kvinnor. Åldrar 22–65 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Två teman framträdde och sex subteman.</p> <p>Första temat var en terapi som fungerar. Subteman var tidigare erfarenheter formar förväntningarna, suicidbehandlingens specifika mål och mekanismer- hur suicid fokuserad terapi fungerar.</p> <p>Andra temat var oro över suicid-fokuserad terapi som inlagd på vårdinrättning. Subteman var en säker terapeutisk vårdrelation, risk för skada och att avsluta terapivården.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad 1</p>
--	---	---	---	--	--

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

Relevant? Ja Nej Vet ej

Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Datansamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening? Ja Nej Vet ej

Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej
Peer review blinded blinded angivet

Högskolan Väst

Institutionen för Hälsvetenskap

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 3000 Fax 0520-22 30 99

www.hv.se